



# **UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA DE POST-GRADO**

**Conocimientos y práctica sobre estilos de vida saludables  
en pacientes con síndrome coronario agudo hospitalizados  
en la UCICOR Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2014**

## **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Cardiológica

## **AUTOR**

**Eva Elizabeth Cornelio Mauricio**

LIMA – PERÚ  
2015

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICA SOBRE ESTILOS DE VIDA  
SALUDABLES EN PACIENTES CON SÍNDROME  
CORONARIO AGUDO HOSPITALIZADOS EN  
LA UCICOR HOSPITAL NACIONAL  
ARZOBISPO LOAYZA  
2014**

A Dios por acompañarme siempre,  
por guiar mis pasos y no hacerme  
desistir en este camino de superación,  
por regalarme la dicha de tener una  
familia maravillosa.

A las autoridades del Hospital Nacional  
Arzobispo Loayza y a los pacientes de la  
UCI - COR por su disposición para  
participar en el presente estudio y por  
contribuir en mi formación profesional

A las personas involucradas que  
contribuyeron en mi desarrollo  
profesional y en la realización del  
presente trabajo.

A la Dra. Yolanda R. Condorimay T.  
por su valiosa orientación y paciencia  
en la culminación del presente trabajo  
de investigación.

## INDICE

<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	<b>PAG</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>IV</b>
<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>V</b>
	<b>1</b>
 <b>CAPÍTULO I. INTRODUCCION</b>	
1.1. Situación Problemática	4
1.2. Formulación del Problema	8
1.3. Justificación	9
1.4. Objetivos	10
1.4.1. Objetivos Generales	
1.4.2. Objetivos Específicos	
1.5. Propósito	10
 <b>CAPÍTULO II. MARCO TEORICO</b>	
2.1. Antecedentes	12
2.2. Base Teórica	16
2.3. Definición Operacional de Términos	48
 <b>CAPÍTULO III. METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y Diseño de la investigación	49
3.2. Lugar de estudio	49
3.3. Población de estudio	49
3.4. Criterios de selección	50
3.4.1. Criterios de inclusión	
3.4.2. Criterios de exclusión	
3.5. Técnica e Instrumento de recolección de datos	50
3.6. Procedimiento de análisis e interpretación de la Información	50
3.7. Consideraciones Éticas	51
 <b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION</b>	
4.1. Resultados	52
4.2. Discusión	58
 <b>CAPITULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1. Conclusiones	66
5.2. Limitaciones	68
5.3. Recomendaciones	69
 <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>70</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>75</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>76</b>

## INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N	PAG
1 Conocimientos sobre Estilos de Vida saludables en Pacientes con Síndrome Coronario Agudo Hospitalizados en la UCICOR Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima – Perú. 2014	53
2 Práctica sobre Estilos de Vida saludables en Pacientes con Síndrome Coronario Agudo Hospitalizados en la UCICOR Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima – Perú. 2014	54
3 Conocimientos sobre Estilos de Vida saludables según dimensiones en Pacientes con Síndrome Coronario Agudo Hospitalizados en la UCICOR Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima – Perú. 2014	55
4 Práctica sobre Estilos de Vida saludables según dimensiones en Pacientes con Síndrome Coronario Agudo Hospitalizados en la UCICOR Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima – Perú. 2014	58

## RESUMEN

**AUTOR : EVA ELIZABETH CORNELIO MAURICIO**

**ASESOR : YOLANDA RUFINA CONDORIMAY TACSI**

El **objetivo** fue determinar los conocimientos y prácticas sobre estilos de vida saludables en pacientes con síndrome coronario agudo hospitalizados en la UCICOR Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima – Perú. 2014. **Material y método.** El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 20 pacientes. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado.

**Resultados.** Del 100 % (20), 65% (13) no conoce y 35% (7) conoce; sobre la práctica 65% (13) tienen práctica desfavorable y 35% (7) favorable sobre estilos de vida saludables en pacientes con síndrome coronario agudo hospitalizados en la UCICOR. **Conclusiones.** El mayor porcentaje de los pacientes no conoce la cantidad de agua que debe consumir en el día, el efecto que produce el consumo de tabaco, el tiempo mínimo para realizar ejercicios; seguido de un porcentaje menor significativo de pacientes que conocen el tipo de preparación de alimentos saludables, la técnica de relajación y los ejercicios contraindicados. Mientras que en la práctica el mayor porcentaje manifiesta que es desfavorable el número de veces que acude al cardiólogo en los últimos seis meses, la frecuencia de consumo de carnes rojas, frituras, consumo de pizzas, hamburguesas, salchipapas, pollos broaster, y lo favorable está referido al tipo de carne que más consume durante la semana, frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas y control de la presión arterial.

**PALABRAS CLAVES:** Síndrome coronario agudo, Conocimiento sobre estilos de vida saludables, Practica sobre estilos de vida

## SUMMARY

**AUTHOR: EVA ELIZABETH CORNELIO MAURICIO**

**ADVISORY: YOLANDA RUFINA CONDORIMAY TACSI**

The **objective** was to determine the knowledge and practices about healthy life styles in patients with syndrome coronary acute hospitalized at the UCICOR Hospital National Archbishop Loayza Lima - Peru. 2014

**Material and Method.** The study is application level, quantitative, descriptive cross-sectional method. The population was formed by 20 patients. The technique was the survey and the instrument a questionnaire applied prior informed consent. **Results.** 100% (20), 65%

(13) does not know and 35% (7) knows; over 65% (13) practice has unfavorable practice and 35% (7) favorable about healthy life styles in patients with syndrome coronary acute hospitalized in the UCICOR.

**Conclusions.** The highest percentage of patients do not know the amount of water that must be consumed on the day, the effect produced by the consumption of tobacco, the minimum time for exercise; followed by one less-significant percentage of patients who know the kind of healthy food preparation, relaxation technique and contraindicated exercises. While in practice the highest percentage manifested that it is unfavorable to the number of times that it comes to the cardiologist in the last six months, the frequency of consumption of red meat, fried foods, consumption of pizzas, burgers, salchipapas, broaster chicken, and the favorable is referred to the type of meat consumed more during the week, frequency of consumption of alcohol and blood pressure control.

**KEYWORDS:** Acute coronary syndrome, knowledge about healthy lifestyles, practice lifestyle

## **PRESENTACION**

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbimortalidad en Europa y el mundo occidental. En los Estados Unidos de América es responsable de casi el 50% de todas las muertes (1). Alrededor de 1.5 millones de personas tienen un infarto agudo de miocardio cada año, y de ellas casi 500.000 son fatales. Presentándose tanto en hombres como en mujeres de todos los grupos raciales y étnicos, convirtiéndose en una verdadera pandemia que no respeta fronteras. (2)

En el año 2000 en la ciudad de Lima, llegó a constituir la segunda causa de muerte y a nivel nacional fue la cuarta causa de mortalidad siendo discretamente superior en varones que en mujeres. (MINSA).

Los pacientes que sobreviven a un evento isquémico agudo se enfrentan a un futuro incierto, porque tienen el riesgo de padecer otro evento a corto plazo y el riesgo de muerte es mayor. Es en ellos en quienes se debe aplicar estrictas medidas de prevención temprana.

La modificación de los estilos de vida no saludables como la supresión del tabaquismo, cambiar los patrones de alimentación, incrementar la actividad física y controlar el estrés, reduce significativamente el riesgo de padecer un evento isquémico. De igual modo, el cumplimiento de las pautas terapéuticas para el tratamiento de hipertensión arterial, diabetes e hiperlipidemias puede prevenir la aparición o la progresión de la enfermedad aterosclerótica y la mortalidad por cardiopatía coronaria en más del 50%, logrando los objetivos de la prevención a



través del seguimiento permanente de estos pacientes en los programas de rehabilitación cardíaca.(3)

Lograr un cambio en el estilo de vida no es una tarea sencilla y depende de una férrea voluntad, disciplina y la incorporación en un programa suficientemente amplio que le permita desarrollar actividades que disminuyan el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular. El concepto de un estilo de vida saludable ha crecido en importancia durante la última década.

Al hablar de estilo de vida saludable, nos referimos a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como: un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la nicotina y alcohol; una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo, etc.

El presente estudio titulado “Conocimiento y práctica sobre estilos de vida saludables en pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2014”; tuvo como objetivo determinar los conocimientos y practicas sobre Estilos de Vida saludables en Pacientes con Síndrome Coronario Agudo Hospitalizados en la UCICOR. Con el propósito de proporcionar información actualizada a las autoridades y servicio especializado a fin de que se diseñen y/o formulen programas de educación para la salud destinado a los pacientes y familiares sobre temas relacionados a promover la adopción de conductas y estilos de vida saludable, así como una cultura de prevención para prevenir las complicaciones y mejorar su calidad de vida, disminuyendo el riesgo a recidivas e incremento del tiempo de estancia hospitalaria y costos.

El estudio consta de; Capítulo I. Introducción, el cual comprende situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico, que expone los antecedentes del estudio, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología, que incluye el nivel, tipo y diseño de la investigación, lugar de estudio, población de estudio, criterios de selección, técnica e instrumento, procedimiento de análisis e interpretación de datos, y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión- Capítulo V. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCION**

#### **1.1. SITUACION PROBLEMÁTICA**

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud, presentado en Ginebra en el 2002, indica que alrededor del 60 % de las muertes y el 47 % de carga sobre morbilidad mundial se pueden atribuir a las enfermedades cardiovasculares. (4)

En Colombia la principal causa de muerte a partir de los 45 años es la enfermedad isquémica del corazón, superando incluso la tasa de mortalidad de todos los cánceres combinados, en mayores de 60 años. Dado que la esperanza de vida al nacer ha ido en aumento, la población mayor de 50 años se ha incrementado con esto el riesgo de enfermedades cardiovasculares, por lo cual el problema de salud pública va en ascenso. (5)

Se sabe también que los pacientes que sobreviven a un evento de Síndrome coronario agudo se enfrentan a un futuro incierto, porque tienen el riesgo de padecer otro evento a corto plazo y riesgo de muerte dos a nueve veces más alto que la población general. Es en ellos en quienes se deben tratar estrictas medidas de prevención temprana. (6)

No sólo se identifican las pérdidas en vidas humanas que producen las enfermedades cardiovasculares, si no las pérdidas en años de vida saludable y con calidad para quien las padece, se calcula además que producen una carga de 43 millones de años vividos de incapacidad y

147 millones de años en AVISA (años de vida saludable perdidos por enfermedad) a nivel mundial. En Latinoamérica se estima que hay tres millones de años de vida perdidos por discapacidad y más de nueve millones de años en AVISA. (7)

Durante el siglo XX se observó, fundamentalmente en los países desarrollados, un marcado crecimiento de la población de edad avanzada. Dicho incremento fue consecuencia del proceso de transición de las enfermedades. En estos países, esos cambios se produjeron en un lapso de 100 años, y las enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, experimentaron un incremento pronunciado. Estas enfermedades no sólo son la principal causa de muerte en los países industrializados de Occidente, sino también en la mayoría de los países en vías de desarrollo. (8)

Según las proyecciones para el año 2020, las enfermedades cardiovasculares se mantendrán como la principal causa de mortalidad y discapacidad. Este aumento, probablemente es debido a tres factores: a la reducción de la mortalidad debido a enfermedades infecciosas y parasitarias, con un aumento de la esperanza de vida, a los cambios en el estilo de vida y socio-económicos asociados con la urbanización. (9)

Estudios en pacientes con infarto agudo de miocardio han demostrado que el riesgo de morir es del 50% en los diez años siguientes, y en el 80% de los casos la muerte se produce por reinfarto, con mayor probabilidad en los meses siguientes al episodio agudo. (10)

Cuando hablamos de Síndrome Coronario Agudo frecuentemente abreviado como SICA se dice que es la nueva clasificación de la

cardiopatía isquémica y nos referimos a un rango variado de estados de isquemia miocárdica manifestado por cuatro variaciones: angina inestable, Infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST, infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST y muerte súbita.

La aterosclerosis representa aproximadamente el 90 % de los casos de enfermedad coronaria, las arterias se van tapando con placas ateromatosas que son acumulo de colesterol, calcio y otras sustancias, esto desencadena en un riego inadecuado de flujo sanguíneo al corazón y si el suministro de oxígeno es por tiempo prolongado, se produce el infarto, que no es otra cosa que muerte de parte del tejido miocárdico. (11)

Se consideran factores de riesgo modificables para la enfermedad cardiovascular: el tabaquismo, las anormalidades de los lípidos, los factores psicosociales (estrés y depresión, principalmente), la diabetes, la hipertensión, la obesidad abdominal, el insuficiente consumo de alimentos vegetales y el sedentarismo, estos explican el 90% de los infartos de miocardio que ocurren en todo el mundo. (12)

Un estudio de la Sociedad Europea de Cardiología, demostró la alta prevalencia de factores de riesgo modificables en pacientes con cardiopatía coronaria, haciendo hincapié en la necesidad de su control por parte de los grupos de rehabilitación cardiaca. (13)

Goldman & COOK (1984) estima que más de la mitad (54%), disminución de la tasa de mortalidad por cardiopatía coronaria en los EE.UU. entre 1968 y 1978 estaba relacionado con los cambios en el

estilo de vida, especialmente a los niveles inferiores de colesterol sérico (30 %) y la supresión del hábito de fumar (24%). (14)

El estilo de vida es la forma individual en la que cada persona interactúa con la naturaleza, la manera como siente, piensa y actúa; es el conjunto de hábitos que se manifiestan en cada ser humano y en forma colectiva. Existen hábitos en cada individuo que favorecen su salud y que deben ser promovidos con el fin de que cada persona mejore su calidad de vida. Los estilos de vida saludable son una estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud, básicamente está enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud. En el año 2004 la Organización Mundial de la Salud declaró que se deberían mejorar los factores de riesgo como la alimentación poco saludable y el sedentarismo para prevenir la aparición de enfermedades cardiovasculares. Muchos infartos pueden ser prevenidos al mantener un estilo de vida más saludable. (15)

El cambio en los estilos de vida no saludables, como el sobrepeso, el consumo de licor y cigarrillo, el sedentarismo, el manejo inadecuado del estrés y una dieta no saludable, reducen el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular. Pero lograr un cambio en el estilo de vida no es una tarea sencilla y depende de una férrea voluntad, disciplina y de la incorporación en un programa. Este programa debe ser suficientemente amplio que permita desarrollar actividades que disminuyan el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular como la práctica de ejercicio, el adecuado manejo del estrés, una dieta adecuada y el desarrollo de actividades que alejen al paciente del consumo de alcohol y tabaco. (16)

El consumo de tabaco constituye la primera causa de muerte prematura y evitable en los países desarrollados, siendo, por consiguiente, el principal problema de salud susceptible de prevención. Hay que tener presente que la cifra de muertes anuales en España debidas al tabaquismo ronda las 40.000. El tabaquismo actuaría en dos etapas: primero, favorecería el desarrollo de la placa aterosclerótica durante los primeros períodos del crecimiento de ésta, y luego influiría en la rotura de placa y la formación del trombo. (17)

En la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios (UCICOR) se observa afluencia de pacientes con síndrome coronario agudo que se encuentra hospitalizado, que al interactuar refieren “no sé qué me paso...de pronto sentí un dolor muy fuerte a nivel del pecho y no podía respirar bien...”, “no me gusta hacer dieta, no tiene gusto, y a veces no alcanza la plata”; “como, lo que hacen en casa”, “con alguna frecuencia como chicharrón...y sándwich de hamburguesas..”, “si he subido de peso....y no tengo tiempo para realizar ejercicios...”, “a veces cuando como más de lo permitido me siento pesado y no puedo descansar...”, y sólo cuando me siento mal tengo miedo a morirme.....”, “que será de mi familia...”, entre otras expresiones.

## **1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA**

Por lo que se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuáles son los conocimientos y practicas sobre estilos de vida saludables en pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima 2014?

### **1.3. JUSTIFICACION**

Dado el incremento en los últimos años de la morbi mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los diferentes etapas de la vida. El síndrome coronario agudo y sus complicaciones, como la insuficiencia cardíaca, son un motivo muy frecuente de consulta y de reingreso en los hospitales. Estudios realizados demuestran que los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio presentan el riesgo de morir en un 50% en los diez años siguientes, y en un 80% de los casos la muerte se produce por re infarto, con mayor probabilidad en los meses siguientes al episodio agudo.

Por lo que los pacientes y/o la población vulnerable a presentar una enfermedad cardiovascular, debe consumir una dieta adecuada y adoptar un estilo de vida saludable; como no fumar y mantener un nivel de actividad física acorde con la edad y la condición física de la persona, entre otras lo que puede reducir significativamente la aparición y la progresión de la enfermedad coronaria.

De ahí que el profesional de Enfermería que labora en los servicios de salud que cuentan con servicios de cardiología debe identificar precozmente la información que posee acerca de los riesgos a que esta expuestos cuando adopta estilos de vida no saludable a fin de que a partir de ello elabore programas educativos dirigido al paciente, familia y población vulnerable sobre los estilos de vida saludable en la prevención de riesgos cardiovasculares en pacientes con síndrome agudo hospitalizado a fin de disminuir el riesgo a complicaciones, recurrencia de nuevos eventos y mejorar su calidad de vida.



## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivos Generales**

- Determinar el conocimiento sobre estilos de vida saludables en pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima – Perú 2014.
- Determinar la práctica sobre estilos de vida saludables en pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima – Perú 2014.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Identificar el conocimiento sobre estilos de vida saludables, según dimensiones, en pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima – Perú 2014.
- Identificar la práctica sobre estilos de vida saludables, según dimensiones, en pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima – Perú 2014.

## **1.5. PROPOSITO**

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información actualizada a las autoridades y a la jefatura del servicio a fin de que les permita reflexionar al respecto, sobre la necesidad de diseñar e implementar programas de educación para la salud con estrategias

participativas dirigidas a la población susceptible y vulnerable, familia y población en general sobre la adopción de una cultura de prevención y estilos de vida saludable en la prevención de riesgos coronario agudo y las complicaciones derivadas que puede repercutir negativamente en el proceso de recuperación, prolongar la estancia hospitalaria y los costos. Así también promover al personal de Enfermería a diseñar material educativo tipo folletos y/o trípticos en el cual se le oriente al paciente a adoptar estilos de vida saludable en la prevención de riesgos cardiovasculares agudos y mejorar la calidad de vida; lo cual contribuirá a disminuir la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES**

Al realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos relacionados. Así tenemos:

##### **A Nivel Internacional**

Monsalve Diana y Sarmiento Juan; el 2003, en Bogotá – Colombia, realizaron un estudio titulado “*Impacto del seguimiento sobre la modificación de factores de riesgo en pacientes con enfermedad arterial coronaria*”; el cual tuvo como objetivo de describir la disminución en la prevalencia de nuevos eventos coronarios. El método fue descriptivo de corte longitudinal prospectivo, la población estuvo conformada por 344 pacientes con nuevos eventos coronarios que asistieron de enero de 2001 a enero de 2003 a un programa de rehabilitación cardíaca y con una consulta y al menos un control en la clínica de factores de riesgo, donde se hace seguimiento de la modificación de hábitos nutricionales, promoción y realización de actividad física, cese del tabaquismo y cumplimiento del tratamiento farmacológico. Las conclusiones fueron que “el seguimiento de factores de riesgo mostró modificación en los hábitos de vida, como incremento en la actividad física, continuidad en el tratamiento farmacológico, cese del tabaquismo y disminución en el riesgo para nuevos eventos coronarios. La prevención para enfermedad cardiovascular, debe iniciarse lo más temprano posible en todo paciente con riesgo y/o síndrome coronario agudo y se deben ofrecer e intensificar las

estrategias de promoción y prevención en aquellos pacientes con riesgo para enfermedad coronaria.

Cuervo Luz y Garzón Magda, el 2003, en Bogotá – Colombia, realizaron un estudio titulado “*Cambios en el estilo de vida adoptados por las personas que asisten a los programas de prevención de factores de riesgo cardiovascular*”. El objetivo fue analizar los estilos de vida no saludables, que presentaban los usuarios de los programas de prevención de factores de riesgo cardiovascular antes de su ingreso a éste. El método fue descriptivo prospectivo, la población estuvo conformado por 302 personas con factores de riesgo cardiovascular identificados en el servicio de consulta externa de la UBA Ramajal, la técnica fue el análisis documental y el instrumento una hoja de registros, obtenido por medio de historia clínica médica o por valoración de enfermería, que pertenezcan a los programas de prevención de factores de riesgo cardiovascular. Las conclusiones entre otras fueron que “para lograr un cambio en el estilo de vida no es una tarea sencilla y depende de una férrea voluntad, disciplina y de la incorporación en un programa suficientemente amplio que le permita desarrollar actividades que disminuyan el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular, como la práctica de ejercicio, el adecuado manejo del estrés, una dieta adecuada y el desarrollo de actividades que alejen al paciente del consumo de alcohol y cigarrillo. Por otra parte, toda persona independiente de su condición socioeconómica, ocupación y edad puede lograr un cambio en su estilo de vida que disminuya el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular.

Cunha Roberta y Maimoni Olga; en 1994, en Brasil, realizaron el estudio titulado “*Estilo de vida y los factores de riesgo de los pacientes con un primer episodio de infarto agudo de miocardio*”, el cual tuvo

como objetivo conocer el perfil de los pacientes con un primer episodio de infarto agudo de miocardio, para identificar a los factores de riesgo de esta enfermedad. El método fue descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformado por 78 pacientes tratados en la Unidad Coronaria de un Hospital Universitario. Los resultados mostraron que el grupo tiene, en su estilo de vida, hábitos que proporcionan el mantenimiento y / o progresión de la enfermedad de las arterias coronarias. Estos resultados ayudarán a la creación de un programa educativo destinado a la prevención del reinfarto y la promoción de la salud.

Terra Thiago y Rombaldi Airton José; el 2007, en Brasil, realizaron el estudio titulado *“Conocimientos sobre factores de riesgo para enfermedades crónicas”*, El objetivo fue evaluar en la población los conocimientos sobre las asociaciones de cuatro factores de comportamiento (estilo de vida sedentario, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y la nutrición inadecuada) con ocho enfermedades (diabetes, hipertensión, el SIDA, la osteoporosis, el cáncer de pulmón, la depresión, la cirrosis hepática y el infarto agudo de miocardio). El método fue descriptivo de corte transversal, el muestreo fue probabilístico por conglomerados. Las estrategias del Gobierno para aumentar los conocimientos sobre la población los factores de riesgo para enfermedades crónicas son necesarias.

Avezum Álvaro y Piegas Soares Leopoldo, en Brasil, el 2002 realizaron un estudio titulado *“Factores de riesgo asociados con el infarto agudo de miocardio en la región metropolitana de São Paulo”*. El objetivo fue identificar los factores de riesgo, asociados con el infarto agudo de miocardio (IAM). El método fue descriptivo de casos y controles, prospectivo, la población estuvo conformado por 271 casos con un

primer IAM con elevación del segmento ST y 282 controles a partir de 12 hospitales. La conclusión fue entre otros que “se encontró relación significativa con la mortalidad para la edad avanzada (> 70 años), taquicardia, glicemia mmol/l al ingreso, y la presentación de arritmias ventriculares y choque cardiogénico durante la evolución intrahospitalaria.

Wood David (investigador del Instituto Nacional del Corazón y Pulmón) (INCP) de Londres y autor principal de EUROASPIRE III. realizó un estudio titulado “Tratamiento de los pacientes coronarios en Europa no cumple los protocolos internacionales” por encargo de la Sociedad Europea de Cardiología, llevado a cabo entre 2006 y 2007 en pacientes de 76 centros coronarios de Europa, analizó los datos de casi 9.000 personas diagnosticadas de cardiopatía coronaria. Todos los pacientes fueron examinados como mínimo seis meses después del primer acontecimiento coronario. Los resultados no fueron nada alentadores. De los 9.000 participantes, el 17% eran fumadores, el 35% eran obesos y el 53% presentaban obesidad central, el 56% tenían valores de presión arterial alta, el 51% tenían concentraciones de colesterol sérico elevados, y el 25% tenían antecedentes de diabetes, de los cuales sólo el 10% eran controlados adecuadamente. Las conclusiones entre otras fueron que “pese a la existencia de directrices claras y basadas en la evidencia, su integración en la práctica clínica rutinaria sigue siendo desalentadora, y en toda Europa queda aún mucho camino por recorrer hasta llegar a cumplir los protocolos de actuación en cardiología preventiva”

Por los antecedentes revisados se puede expresar que existen algunos estudios relacionados al tema, lo que ha permitido estructurar la base teórica y la metodología. Por lo que es importante realizar el estudio a

fin de que a partir de sus hallazgos permita proporcionar información actualizada a las autoridades y jefatura del servicio de UCICOR a fin de formular programas de educación para la salud y estrategias destinadas a los pacientes, familiares y población susceptible orientada a promover la adopción de estilos de vida saludables y fomentar la cultura de prevención de riesgos cardiovascular contribuyendo a disminuir los riesgos y mejorar su calidad de vida.

## **2.2. BASE TEORICA**

### **GENERALIDADES DEL SINDROME CORONARIO AGUDO**

El término de síndrome coronario agudo (SCA) engloba las manifestaciones clínicas de un proceso fisiopatológico progresivo. (18); reconocida debido al elevado número de consultas en los servicios de urgencia. Se caracteriza por la rotura de una placa de ateroma previamente existente en un vaso coronario, que desencadena los procesos de agregación plaquetaria y cascada de la coagulación, que provocarán distintos grados de obstrucción al flujo coronario desencadenando variados estados de isquemia esto determinara las cuatro variaciones: angina inestable, IMA sin elevación del segmento ST, IMA con elevación del segmento ST y muerte súbita. (19)

El Síndrome coronario agudo se debe a una reducción aguda o sub-aguda de la suplencia primaria de oxígeno al miocardio provocada por la ruptura de una placa aterosclerótica asociada a trombosis, vasoconstricción y embolización.

- La ruptura y erosión de la placa.- La aterosclerosis es una enfermedad con fases alternas de estabilidad e inestabilidad,

los cambios súbitos e impredecibles están relacionados con la ruptura de la placa, que puede resultar de la combinación de varios de los siguientes mecanismos:

- Ruptura pasiva, que se relaciona con fuerzas físicas sobre el punto más débil de la placa fibrosa.
- Erosión cuando ocurre la erosión, un trombo se adhiere a la superficie de la placa, mientras que cuando hay ruptura el trombo involucra las capas más profundas de la placa bajo el centro lipídico lo cual hace que la placa crezca rápidamente.
- Inflamación, la capa fibrosa usualmente tiene alta concentración de colágeno tipo I y puede soportar el estrés sin romperse. La infiltración por macrófagos es la causa principal de desestabilización de la placa y su presencia refleja un proceso inflamatorio que se caracteriza por la presencia de linfocitos T. activados en el sitio de la ruptura de la placa.
- Trombosis la ruptura y erosión de la placa induce la formación de trombo ricos en plaquetas, que puede producir cambios rápidos en la severidad de la estenosis y resultar en oclusión subtotal y total del vaso; El trombo localizado sobre el sitio de la ruptura de la placa puede fragmentarse en pequeñas partículas, migrar y ocluir arteriolas y capilares.
- El estrechamiento progresivo severo sin espasmo o trombosis. Esto ocurre en pacientes con aterosclerosis



progresiva o con reestenosis después de angioplastia o de la colocación de un *stent* intracoronario.

**La angina inestable** es precipitada por:

- Aumento de los requerimientos de oxígeno, tales como fiebre, taquicardia y tirotoxicosis.
- Disminución de flujo coronario, como en hipotensión arterial.
- Disminución de la entrega de oxígeno al miocardio, como en anemia o hipoxemia.

Dentro de las principales presentaciones clínicas de la angina inestable e infarto del miocardio sin elevación del ST son:

- Angina en reposo: en reposo y prolongada, usualmente de más de 20 minutos de duración.
- Angina de reciente comienzo: angina de reciente aparición, severa, con clase funcional al menos de III en la clasificación de la Sociedad Canadiense de Cardiología (con mínimos esfuerzos o que limiten las actividades diarias normales de los pacientes).
- Angina en “crescendo”: angina diagnosticada previamente que ha llegado a ser más frecuente, mayor en duración o se desencadena con umbral menor.

- Angina postinfarto: se presenta en las seis primeras semanas después de un infarto del miocardio.

La *American Heart Association* estratifica el riesgo de muerte y de episodios isquémicos cardíacos no mortales en tres grupos: riesgo alto, intermedio y bajo. La estimación del nivel de riesgo es un problema multivariante que engloba muchos factores como son: los antecedentes, la exploración física, el ECG y las determinaciones de los marcadores bioquímicos cardíacos (20)

#### **Alto Riesgo Clínico (por lo menos 1 de los siguientes)**

- Dolor prolongado > a 20 minutos que no cede al ingreso.
- Edema agudo de pulmón, nuevo soplo insuficiencia mitral, nuevo R3, aparición de rales, hipotensión, bradicardia, taquicardia.
- Edad > 75 años.
- Cambios electrocardiográficos del ST > 0.05 mv, en 2 o más derivaciones, bloqueo de rama nuevo, TVS.
- Elevación troponina T > 0.1 ng/ml.

#### **Moderado Riesgo**

- IMA previo, ACV o enfermedad vascular periférica, uso previo de aspirina
- Angina prolongada > 20 minutos que resuelve espontáneamente
- con NTG sublingual. Angor de reposo menor a 20 minutos.
- Edad < 70 años.
- Cambios en la onda t (inversión) o del st < a 1 mm en dos o más derivaciones, q patológicas.
- TN T > 0.01 pero < a 0.1

**Bajo Riesgo.**

- Nuevo episodio de angor clase III-IV, en las últimas 2 semanas con alto riesgo coronario.
- ECG intradolor normal.
- TN T normal.
- Valoración del riesgo en la evolución

Se realizará en relación a la respuesta al tratamiento. Si el paciente continúa con episodios anginosos a pesar del tratamiento farmacológico, se lo interpreta como recurrente.

Si a pesar del tratamiento máximo tolerado persiste sintomático, se lo interpreta como refractario.

Ciertos hábitos modificables como el tabaquismo, consumo excesivo de bebidas alcohólicas, la obesidad y niveles altos de estrés también contribuyen significativamente a un mayor riesgo de tener un infarto.  
(21)

Un infarto de miocardio es una urgencia médica por definición y se debe buscar atención médica inmediata. Las demoras son un error grave que se cobra miles de vidas cada año. El pronóstico vital de un paciente con infarto depende de la extensión del mismo (es decir, la cantidad de músculo cardíaco perdido como consecuencia de la falta de irrigación sanguínea) y la rapidez de la atención recibida.

Es la causa más frecuente, pero no la única, de muerte súbita cardíaca, mediante las referidas arritmias. El cuadro es de un paro cardíaco. Sin embargo, en la mayor parte de los casos hay actividad eléctrica en el

corazón, cuyo paro que puede revertirse con una desfibrilación precoz. (22)

### **Epidemiología**

El infarto de miocardio es la presentación más frecuente de la cardiopatía isquémica. La OMS estimó que en el año 2002, el 12,6% de las muertes a nivel mundial se debieron a una cardiopatía isquémica, que es la principal causa de muerte en países desarrollados y la tercera causa de muerte en países en vías de desarrollo, después del SIDA e infecciones respiratorias bajas. (23)

En países desarrollados como Estados Unidos y España las muertes por cardiopatías son más numerosas que la mortalidad por cáncer. (24)

La corona de vasos sanguíneos que llevan oxígeno y nutrientes al propio músculo cardíaco (*arterias coronarias*) puede desarrollar placas de ateroma, lo que compromete en mayor o menor grado el flujo de oxígeno y nutrientes al propio corazón, con efectos que varían desde una angina de pecho (cuando la interrupción del flujo de sangre al corazón es temporal) a un infarto de miocardio (cuando es permanente e irreversible). (25)

### **FACTORES DE RIESGO SICA**

Se entiende por factores de riesgo a determinados signos biológicos, estilos de vida o hábitos adquiridos cuya presencia aumenta la probabilidad o el riesgo de presentar alguna de las manifestaciones clínicas de una enfermedad específica en los años subsiguientes. (26).

Aunque el concepto de factor de riesgo surgió a raíz del estudio de la epidemiología de las enfermedades cardiovasculares, se trata de un concepto genérico aplicable a otras enfermedades. Los factores de riesgo bien establecidos de la cardiopatía isquémica son el colesterol total sérico, la hipertensión arterial, el consumo de cigarrillos y la diabetes. Se los denomina actualmente factores de riesgo clásicos. La edad y el sexo no son factores de riesgo sino características de riesgo. Las modificaciones en la concepción patogénica de la aterosclerosis, junto con la nueva generación de estudios epidemiológicos han conducido a la identificación de nuevos factores de riesgo y a la separación entre los factores de riesgo aterogénicos y los trombogénicos, a un mejor entendimiento entre las fases aguda y crónica de la oclusión vascular y a los nuevos conceptos de estabilización y regresión de la placa.

Según el estudio Framingham la mejoría en el perfil de estos factores de riesgo puede contribuir a una disminución importante de hasta el 60 % en la mortalidad por enfermedades cardíacas. En Finlandia, Vartiainen y otros pudieron comprobarlo en un estudio de intervención y seguimiento durante 20 años de una población a la cual se le modificaron solo 3 factores principales: hipercolesterolemia, hipertensión arterial (HTA) y hábito de fumar (27)

#### ✓ Tabaco

Múltiples estudios epidemiológicos longitudinales han demostrado claramente que el consumo de cigarrillos aumenta el riesgo de cáncer de bronco-pulmonar, enfermedad vascular periférica, infarto de miocardio y muerte súbita. Dicho riesgo guarda relación con el número de cigarrillos, la duración del hábito y el tipo de tabaco, siendo inferior

en los fumadores de pipa o cigarros. (28). Cuando se abandona el hábito tabáquico, el riesgo de muerte coronaria decrece en un 50% al cabo de 2 años y se aproxima al de los no fumadores al cabo de 10 años. El efecto beneficioso del abandono del tabaco se ha observado tanto en población sana como en enfermos coronarios. El tabaco aumenta el riesgo coronario mediante la producción de dos efectos principales: aterogénicos (lesión endotelial, disminución del colesterol HDL, activación plaquetaria y liberación de ácidos grasos libres) y trombogénicos (activación plaquetaria, aumento del fibrinógeno, liberación de tromboxano y disminución de la producción de prostaciclina). Además, el tabaco contribuye a la isquemia del miocardio al desequilibrar la disponibilidad de oxígeno, mediante la activación simpaticoadrenal, la vasoconstricción y la producción de carboxihemoglobina debida al monóxido de carbono. (29). El tabaco interactúa de forma fuertemente multiplicativa con otros factores de riesgo como la hipertensión arterial, la diabetes y el colesterol sérico. En particular, en la mujer premenopáusica consumidora de anticonceptivos orales, el consumo de cigarrillos aumenta considerablemente el riesgo de infarto. (30)

#### ✓ Hipertensión arterial

La presión arterial, tanto la sistólica como la diastólica, aumenta el riesgo de infarto de miocardio, de accidente vascular cerebral, así como de insuficiencia cardíaca congestiva e insuficiencia renal. El riesgo aumenta de forma continua a lo largo del rango de presiones. Una gran parte de las lesiones endoteliales se produce en puntos de bifurcación arterial. La hipertensión agrava el estrés hemodinámico de estos puntos produciendo lesión endotelial y activación plaquetaria y favoreciendo la permeabilidad a los lípidos. Además la hipertrofia

ventricular izquierda secundaria a la hipertensión aumenta marcadamente el riesgo de isquemia miocárdica. (31)

#### ✓ Hiperlipemia

Existe una alta relación entre el colesterol sérico y la incidencia de cardiopatía coronaria tanto en los estudios epidemiológicos como en los estudios experimentales que demuestran la posibilidad de provocar aterosclerosis en algunas especies animales al aumentar el contenido en grasa saturada de la dieta. La relación es directa entre el colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) e inversa con el colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (HDL). Esta correlación está presente tanto en poblaciones de alta como las de baja incidencia. (32)

La enfermedad se presenta con mayor frecuencia en ciertas familias, cuyos miembros son afectados incluso durante la juventud. Es posible que exista una predisposición hereditaria independiente de estos factores:

#### ✓ Diabetes

La incidencia de enfermedad coronaria y de vasculopatía periférica se halla elevada en los diabéticos y en los pacientes con intolerancia a la glucosa. En las mujeres, la diabetes triplica la incidencia de cardiopatía coronaria e iguala su riesgo al de los varones no diabéticos. La diabetes produce una elevación de los lípidos sanguíneos y una mayor concentración de glucosaminoglucanos en la íntima arterial. La hiperglucemia contribuye de forma independiente al riesgo, y sus efectos se suman a los de los otros factores de riesgo, lo que obliga a

corregirlos con energía, especialmente la hipertensión arterial, en cualquier paciente diabético. (33)

#### ✓ Obesidad

Aunque la asociación entre obesidad y enfermedad coronaria parece clara, se duda de que el exceso de peso constituya un factor de riesgo independiente. Probablemente, este aumento del riesgo se explique a través de los otros factores, como la hipertensión y la dislipidemia, que a menudo acompañan al exceso de peso. Todo ello no niega la importancia de corregir la obesidad en los pacientes coronarios.

El Índice de masa corporal (IMC), también llamado índice de Quetelet, es un índice fácil de calcular que da una idea más aproximada de la corpulencia del individuo y, por consiguiente, del grado de sobrepeso u obesidad. Se considera que la obesidad indica un exceso de grasa corporal. Índices de masa corporal (IMC) superiores a 30 se asocian con un aumento considerable de la mortalidad. (34)

#### ✓ Sexo Masculino y Menopausia

Los estudios de observación efectuados durante decenios confirman el exceso de riesgo coronario en los varones, en comparación con las mujeres pre menopáusicas. Tras la menopausia, el riesgo coronario femenino se acelera. Una parte de la aparente protección de que goza la mujer pre menopáusica se debe a que sus niveles de colesterol HDL son relativamente más elevados que los de los varones. Tras la menopausia estos valores disminuyen, al tiempo que aumenta el riesgo coronario. Muchos estudios indican que el tratamiento sustitutivo con estrógenos reduce el riesgo coronario, pero; en el varón produce un



exceso de mortalidad, probablemente por el aumento de las complicaciones tromboembólicas (35)

## ✓ Estrés

Puede considerarse también como la percepción de que los acontecimientos o circunstancias que nos rodean han desafiado o excedido nuestra habilidad de enfrentarnos a ellos.

Algunos lo definen como la reacción de lucha o huida que experimenta un ser viviente cuando su vida o integridad son amenazadas. La relación entre estrés emocional y eventos coronarios mayores ha sido reconocida durante mucho tiempo e intuitivamente aceptada; sin embargo la verificación de esta presunción no ha sido fácil en especial porque no resulta sencillo cuantificar el grado de estrés emocional.

Diferentes trabajos muestran que el estrés sicosocial y los trastornos psiquiátricos son factores de riesgo para enfermedad isquémica coronaria. Hay evidencia que relaciona enfermedad coronaria con 5 aspectos: depresión, ansiedad, factores de personalidad y carácter, aislamiento social y estrés crónico y agudo. El estrés agudo genera isquemia miocárdica, promueve arritmias, estimula la función plaquetaria e incrementa la viscosidad sanguínea por hemoconcentración. (36)

Muchos de los factores de riesgo cardíacos son modificables, de modo que muchos ataques del corazón pueden ser prevenidos al mantener un estilo de vida más saludable. La actividad física, por ejemplo, se asocia con riesgos más bajos. Las mujeres que usan pastillas anticonceptivas combinadas, tienen un modesto aumento en su riesgo

de un infarto de miocardio, en especial en presencia de otros factores como el hábito de fumar. Se sabe que la inflamación es un paso importante en el proceso de formación de una placa aterosclerótica. La proteína C reactiva es un marcador sensible aunque no específico de la inflamación. Por esa razón, una elevación sanguínea de la proteína C reactiva puede predecir el riesgo de un infarto, así como de un accidente cerebrovascular (37)

Recientemente se ha relacionado a la enfermedad periodontal con la coronariopatía y, siendo que la periodontitis es muy común, pueden tener consecuencias en salud pública. Estudios serológicos que han medido anticuerpos en contra de bacterias que causan la periodontitis clásica, encontraron que son anticuerpos que están presentes en personas con coronariopatías. La periodontitis suele aumentar los niveles sanguíneos de la proteína C reactiva, fibrinógeno y citoquinas; por lo que la periodontitis puede mediar el riesgo de infarto por estos factores. Se ha sugerido que la agregación plaquetaria mediada por bacterias causantes de periodontitis puede promover la formación de macrófagos espumosos así como otros procesos específicos que aún no han sido establecidos con claridad

El depósito de calcio es otra parte en el proceso de formación de la placa aterosclerótica. Ese acumuló de calcio en las arterias coronarias puede ser detectado con tomografía y pueden tener valor predictivo más allá de los factores de riesgo clásicos. Se han estudiado muchos otros factores, incluyendo las suturas de la oreja y otros signos dermatológicos.

## **Cuadro clínico**

Aproximadamente la mitad de los pacientes con infarto presentan síntomas de advertencia antes del incidente. La aparición de los síntomas de un infarto de miocardio, por lo general, ocurre de manera gradual, por el espacio de varios minutos y rara vez ocurre de manera instantánea. Cualquier grupo de síntomas compatibles con una repentina interrupción del flujo sanguíneo al corazón son agrupados en el síndrome coronario agudo.

- El dolor torácico repentino es el síntoma más frecuente de un SCA, es por lo general prolongado y se percibe como una presión intensa, que puede extenderse o propagarse a los brazos y hombros sobre todo el izquierdo, la espalda, cuello e incluso los dientes y la mandíbula. El dolor de pecho debido a isquemia o una falta de suministro sanguíneo al corazón se conoce como ángor o angina de pecho, aunque no son infrecuentes los infartos que cursan sin dolor, o con dolores atípicos que no coinciden con el descrito. Por eso se dice que el diagnóstico es clínico, electrocardiográfico y de laboratorio, ya que sólo estos tres elementos en su conjunto permiten realizar un diagnóstico preciso. El dolor, cuando es típico se describe como un puño enorme que retuerce el corazón. Corresponde a una angina de pecho pero que se prolonga en el tiempo, y no responde a la administración de los medicamentos con los que antes se aliviaba, por ejemplo nitroglicerina sublingual, ni cede con el reposo. El dolor a veces se percibe de forma distinta, o no sigue ningún patrón fijo, sobre todo en ancianos y en diabéticos. En los infartos que afectan a la cara inferior o diafragmática del corazón, puede

también percibirse como un dolor prolongado en la parte superior del abdomen que el individuo podría, erróneamente, atribuir a indigestión o acidez. El signo de Levine ha sido categorizado como un signo clásico y predictivo de un infarto, en el que el afectado localiza el dolor de pecho agarrando fuertemente su tórax a nivel del esternón. (38)

- La disnea o dificultad para respirar ocurre cuando el daño del corazón reduce el gasto cardíaco del ventrículo izquierdo, causando insuficiencia ventricular izquierda y como consecuencia, edema pulmonar. Otros signos incluyen la diaforesis o una excesiva sudoración, debilidad, mareos (es el único síntoma en un 10 % de los casos), palpitaciones, náuseas de origen desconocido, vómitos y desfallecimiento. (39) Es probable que la aparición de estos últimos síntomas sea consecuencia de una liberación masiva de catecolaminas del sistema nervioso simpático una respuesta natural al dolor y las anormalidades hemodinámicas que resultan de la disfunción cardíaca.
- Los signos más graves incluyen la pérdida de conocimiento debido a una inadecuada perfusión cerebral y shock carcinogénico e incluso muerte súbita, por lo general por razón de una fibrilación ventricular.

Las mujeres tienden a experimentar síntomas marcadamente distintos que el de los hombres. Los síntomas más comunes en las mujeres son la disnea, debilidad, fatiga e incluso somnolencia, los cuales se manifiestan hasta un mes previos a la aparición clínica del infarto isquémico. En las mujeres, el

dolor de pecho puede ser menos predictivo de una isquemia coronaria que en los hombres. (40)

Aproximadamente un cuarto de los infartos de miocardio son silentes, es decir, aparecen sin dolor de pecho y otros síntomas. Estos son usualmente descubiertos tiempo después durante electrocardiogramas subsiguientes o durante una autopsia sin historia previa de síntomas relacionados a un infarto. Este curso silente es más común en los ancianos, en pacientes diabéticos y después de un trasplante de corazón, probablemente por razón de que un corazón donado no está conectado a los nervios del hospedador. En diabéticos, las diferencias en el umbral del dolor, la neuropatía autonómica y otros factores fisiológicos son posibles explicaciones de la ausencia de sintomatología durante un infarto.

El diagnóstico diferencial incluyen otras causas repentinas de dolor de pecho, como un tromboembolismo pulmonar, disección aórtica, derrame pericárdico que cause taponamiento cardíaco, neumotórax a tensión y un desgarró esofágico.

## **Diagnóstico**

El diagnóstico de un infarto de miocardio debe formularse integrando aspectos clínicos de la enfermedad actual del individuo y un examen físico incluyendo un electrocardiograma y pruebas de laboratorio que indiquen la presencia o no de daño celular de las fibras musculares. Por esta razón, la semiología que el clínico debe aplicar ante la presencia de un dolor precordial (por sus características y por su duración) le debe obligar a proponer el diagnóstico de infarto agudo del

miocardio (IAM) con suficiente premura, ya que el retraso en el planteamiento se traduce en la pérdida de un tiempo valioso necesario para instituir el método de reperfusión disponible con la idea de recuperar la mayor extensión de miocardio ya que, como es bien sabido, existe una relación inversa entre el tiempo transcurrido para iniciar el procedimiento y la cantidad de músculo “salvado”. (41)

Los criterios de la OMS son los que clásicamente se usan en el diagnóstico de un infarto de miocardio, un paciente recibe el diagnóstico probable de infarto si presenta dos de los siguientes criterios y el diagnóstico será definitivo si presenta los tres:

- Historia clínica de dolor de pecho isquémico que dure por más de 30 minutos;
- Cambios electrocardiográficos en una serie de trazos;
- Incremento o caída de bio-marcadores séricos, tales como la creatina quinasa tipo MB y la troponina.

Estos criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) fueron redefinidos en el 2000 para dar predominio a los marcadores cardíacos. De acuerdo a las nuevas regulaciones, un aumento de la troponina cardíaca acompañada bien sea por síntomas típicos, ondas Q patológicos, elevación e depresión del segmento ST o intervención coronaria son suficientes para diagnosticar un infarto de miocardio. (42)

El diagnóstico clínico del IAM se debe basar, entonces, en la conjunción de los tres siguientes datos: dolor característico, cambios electrocardiográficos sugestivos y elevación de las enzimas, debiendo tener presente que esta última puede no presentarse en forma

oportuna por lo que los dos primeros cambios deberán de tomarse en cuenta para iniciar la reperfusión a la brevedad posible. (43)

### **Examen físico**

La apariencia general de los pacientes con infarto de miocardio varía de acuerdo a los síntomas. Se puede ver pacientes cómodos o pacientes agitados con una frecuencia respiratoria aumentada. Es frecuente ver un color de piel pálida, lo que sugiere vasoconstricción. Algunos pacientes pueden tener una fiebre leve (38–39 °C), con presión arterial elevada o en algunos casos disminuidos y el pulso puede volverse irregular.

Si aparece una insuficiencia cardíaca, se puede encontrar en la exploración física una elevada presión venosa yugular, reflujo hepatoyugular o hinchazón de las piernas debido a edema periférico. Varias anormalidades pueden ser oídas durante la auscultación, tales como un tercer y un cuarto ruido cardíaco, roce pericárdico, desdoblamiento paradójico del segundo ruido y crepitantes sobre el pulmón. (44)

Electrocardiograma de 12 derivaciones mostrando elevación inferior del segmento ST en las derivaciones II, III, y aVF junto con depresión recíproca del segmento ST en las derivaciones I y aVL.

### **ECG.**

Si una persona sufre síntomas compatibles con un infarto, se le hará un ECG (electrocardiograma) inmediatamente, incluso en la ambulancia que le traslade. De hecho, estará unido a un monitor de ECG durante

todo el tiempo que esté en el Hospital, al menos si se ingresa en la sala dedicada a los enfermos graves del corazón o unidad coronaria. Se debe realizar más de un ECG en pocas horas dado que, en las primeras horas, el resultado puede ser normal, aún en presencia de infarto. (45)

### **Marcadores cardíacos**

Las enzimas cardíacas son proteínas provenientes del tejido cardíaco y que se liberan a la circulación sanguínea como consecuencia del daño al corazón, tal como es el caso en un infarto de miocardio. Hasta los años 1980 se usaban de rutina las enzimas aspartato aminotransferasa y lactato deshidrogenasa para la evaluación de las injurias cardíacas. Se descubrió luego la elevación desproporcional del subtipo MB de la enzima creatina quinasa (CK) específicamente como producto de un daño miocárdico. Las regulaciones actuales tienden a favorecer a las unidades I y T de la troponina, los cuales son específicos para el músculo cardíaco, hasta se piensa que comienzan a elevarse antes de que ocurra el daño muscular. La elevación de la troponina en un paciente con dolor de pecho puede acertadamente predecir la probabilidad de un infarto de miocardio en el futuro cercano. Un marcador cardíaco reciente es la isoenzima BB de la glucógeno fosforilasa. (46)

Cuando ocurre daño al corazón, los niveles de los marcadores cardíacos suben con el transcurso del tiempo, por lo que se acostumbra tomar muestras de sangre y analizar los niveles de estos marcadores enzimáticos en un período de 24 horas. Debido a que estas enzimas cardíacas no siempre se incrementan inmediatamente después de un ataque al corazón, aquellos pacientes con dolor de



pecho tienden a ser tratados asumiendo que tienen un infarto hasta que puedan ser evaluados en busca de un diagnóstico más preciso.

### **Angiografía**

En los casos más complicados o en situaciones donde se amerite una intervención para restaurar el flujo sanguíneo, se puede realizar una angiografía de las coronarias. Se introduce un catéter en una arteria, por lo general la arteria femoral, y se empuja hasta llegar a las arterias que irrigan al corazón. Se administra luego un contraste radio-opaco y se toma una secuencia de radiografías (fluoroscopia). Las arterias obstruidas o estrechas pueden ser identificadas con este procedimiento, pero solo debe ser realizada por un especialista calificado.

### **Estudios isotópicos o cateterismo cardíaco (coronario grafía).**

Como elemento de diagnóstico, se plantean cuando ya ha pasado la fase aguda. No obstante puede plantearse la realización de una cineangiocoronariografía por cateterismo cardíaco, a los efectos de determinar el o los vasos obstruidos y plantear una desobstrucción en agudo, por angioplastia percutánea con o sin colocación de stents o, más raramente por endarterectomía.

### **Histopatología**

La examinación histopatológica del corazón puede mostrar un infarto, por lo general durante una autopsia. Bajo el microscopio, un infarto de miocardio se presenta como una región circunscrita por isquemia y necrosis coagulativa, identificables en las primeras 12 horas del incidente.

Uno de los primeros cambios que se muestran en un corazón infartado es la aparición de *fibras ondeantes*. Posterior a ello el citoplasma del miocito se vuelve rosado o eosinofílico y pierden las estrías transversales que las caracteriza y finalmente pierden la membrana nuclear. El intersticio que rodea la región infartada se infiltra inicialmente de neutrófilos, luego linfocitos y macrófagos, los cuales ingieren la célula muerta. Esa región circunvecina se llena progresivamente de una capa de colágeno que cicatriza al área. Puede también verse infiltración de glóbulos rojos. Estas son características en casos donde no se restauró la perfusión sanguínea, pues los infartos repe fundidos pueden presentar otros elementos, como bandas necróticas. (47)

### **Tratamiento**

Un ataque al corazón es una emergencia médica, por lo que demanda atención inmediata. El objetivo principal en la fase aguda es salvar la mayor cantidad posible de miocardio y prevenir complicaciones adicionales. A medida que pasa el tiempo, el riesgo de daño al músculo cardíaco aumenta, por lo que cualquier tiempo que se pierda es tejido que igualmente se ha perdido. Al experimentar síntomas de un infarto, es preferible pedir ayuda y buscar atención médica inmediata. No es recomendable intentar conducirse uno mismo hasta un hospital.

### **Cuidados inmediatos**

Cuando aparezcan síntomas de un infarto de miocardio, la mayoría de los pacientes esperan en promedio tres horas, en vez de proceder de la manera recomendada: hacer una llamada de auxilio de inmediato. Ello

previene daños sostenidos al corazón, dicho de modo de expresión: «tiempo perdido es músculo perdido».

Ciertas posiciones permiten que el paciente descanse minimizando la dificultad respiratoria, tal como la posición medio-sentado con las rodillas dobladas. El acceso a oxígeno aéreo mejora si se abre las ventanas del automóvil o si se suelta el botón del cuello de la camisa.

Si el individuo no es alérgico, se puede administrar una tableta de aspirina, sin embargo se ha demostrado que el tomar aspirina antes de llamar a un servicio médico de emergencia puede estar asociado a retrasos inesperados. La aspirina tiene un efecto antiplaquetario que inhibe la formación de coágulos en las arterias. Al llegar a la sala de emergencia, el médico probablemente administrará varias de las siguientes terapias (48)

- Oxígeno. Normalmente se suele administrar con gafas nasales a 2 ó 3 litros. Puede ser la primera medida en el hospital o la propia ambulancia.
- Analgésicos . Si el dolor torácico persiste y es insoportable, se administra morfina (ampollas de cloruro mórfico de 1 mililitro con 10 mg) o medicamentos similares para aliviarlo (meperidina-dolantina)
- Antiagregantes plaquetarios. Son medicamentos que impiden la agregación plaquetaria en la formación del trombo. Se usa aspirina en dosis de 100-300 mg en dosis única y actualmente, en asociación con lo anterior, una dosis de carga de 300 mg de Clopidogrel, recientemente se publicó un estudio que evaluó su

eficacia en asociación con AAS. El end point primario fue muerte cardiovascular, IAM Y STROKE. En un seguimiento a 9 meses la terapia combinada redujo el end point principalmente debido a la disminución del IAM. Se observó un incremento en el índice de sangrado mayor y menor y menor incidencia de neutropenia que con la ticlopidina.

Dosis de carga 300 mg y mantenimiento 75mg por día. Indicado en pacientes de moderado y alto riesgo.

- Trombolíticos. Son medicamentos para disolver el coágulo que impide que fluya la sangre. Se ponen sustancias como la estreptoquinasa o un "activador del plasminógeno tisular", bien en la vena, o bien directamente en el coágulo por medio de un catéter (un tubito largo y flexible). Este medicamento medicación debe ser aplicada en las primeras seis horas de iniciado el dolor, de allí la importancia de una atención rápida. Los trombolíticos sólo pueden administrarse en un centro especializado, habitualmente una Unidad de Cuidados Intensivos.
- Nitratos. Los derivados de la nitroglicerina actúan disminuyendo el trabajo del corazón y por tanto sus necesidades de oxígeno. En la angina de pecho se toman en pastillas debajo de la lengua o también en spray. También pueden tomarse en pastillas de acción prolongada o ponerse en parches de liberación lenta sobre la piel. En la fase aguda de un ataque al corazón, suelen usarse por vía venosa.

- Heparina no Fraccionada y de Bajo Peso.- Se utiliza de rutina en pacientes con AI de moderado y alto riesgo. Reduce la incidencia de IAM y muerte casi a la mitad con escasa tasa de complicaciones (FRISC). Su efecto beneficioso se ejerce aún en presencia de aspirina. La Heparina de bajo peso molecular (HBPM) reduce la incidencia combinada de IAM o muerte respecto de la no fraccionada un 17%, siendo además de fácil utilización.
- Heparina sódica EV llevar el KPTT a 1.5-2 veces el nivel basal.  
HBPM: ENOXAPARINA 1MG /KG C/12HS.  
Se aconseja administrar 72 horas.
- Betabloqueantes. Actúan bloqueando muchos efectos de la adrenalina en el cuerpo, en particular el efecto estimulante sobre el corazón. El resultado es que el corazón late más despacio y con menos fuerza, y por tanto necesita menos oxígeno. También disminuyen la tensión arterial.
- Digitálicos. Los medicamentos derivados de la digital, como la digoxina, actúan estimulando al corazón} para que bombee más sangre. Esto interesa sobre todo si el ataque al corazón produce insuficiencia cardíaca en el contexto de una fibrilación auricular (arritmia bastante frecuente en personas ancianas) con respuesta ventricular rápida.
- Los calcio antagonistas o bloqueadores de los canales del calcio impiden la entrada de calcio en las células del miocardio. Esto disminuye la tendencia de las arterias coronarias a estrecharse y además disminuye el trabajo del corazón y por tanto sus necesidades de oxígeno. También disminuyen la

tensión arterial. No suelen usarse en la fase aguda de un ataque al corazón, aunque sí inmediatamente después.

### **Intervención coronaria percutánea.**

Se ha demostrado que existen beneficios de una intervención coronaria percutánea realizada por un especialista, sobre la terapia trombolítica en casos de un infarto caracterizado por elevación aguda del segmento ST. Los únicos desafíos que obstaculizan este procedimiento suelen ser la aplicación de la angioplastia vía cateterización cardíaca, así como los recursos económicos del paciente. El objetivo principal de una intervención coronaria percutánea es el abrir la luz de la arteria afectada lo más pronto posible, de preferencia en los primeros 90 minutos desde la llegada del paciente a la emergencia, abortando así el infarto de miocardio. Por lo general, los hospitales que hacen la intervención tienen el respaldo quirúrgico de un equipo de bypass.

La intervención coronaria percutánea consiste en un angiograma inicial para determinar la ubicación anatómica del vaso infartado, seguido por una angioplastia con balón del segmento trombosado. En algunos abordajes se emplea la extracción del trombo por un catéter aspirador. El uso de un stent no tiende a mejorar los resultados a corto plazo, aunque disminuyen la cantidad de segundas operaciones en comparación con la angioplastia de balón.

### **Pronóstico y complicaciones.**

Si el área de infarto es pequeña y no compromete al sistema bio-eléctrico que controla los latidos del corazón, las probabilidades de sobrevivir a un infarto son altas. Sin embargo, una de cada tres

personas que sufren un infarto muere antes de poder recibir atención médica (muerte súbita). Hace muy pocos años las estadísticas eran aún peores (un fallecimiento precoz por cada dos infartos). La mejora de estas expectativas está ligada a los avances en resucitación cardiopulmonar (RCP), en pruebas diagnósticas especiales y en atención urgente. Debido a la frecuencia de muerte súbita, las técnicas de resucitación cardiopulmonar deben aplicarse cuanto antes a cualquier persona que esté sufriendo un ataque al corazón. La mayoría de los que estén vivos 2 horas después de un ataque sobrevivirán. Una vez que salen del hospital recomiendan reposo, dieta sin grasa y sin sal. Sin embargo, existen algunas complicaciones posibles (49)

- Arritmia cardíaca: Existe un sistema bio-eléctrico que controla los latidos del corazón. Si se daña en el infarto, pueden aparecer arritmias muy graves, como la llamada fibrilación ventricular, en la que los ventrículos se contraen de forma rápida, descoordinada e ineficaz como una "bolsa de gusanos" y, a efectos de bombeo de sangre, el corazón se para. En otras personas pueden aparecer arritmias lentas, es decir, el latido es demasiado lento para que el corazón funcione normalmente, debido a bloqueos en el sistema de conducción de los impulsos eléctricos a nivel del corazón o a muerte de los nodos ("automáticos") que generan este impulso. Esto puede requerir la implantación temporal o definitiva de un marcapasos artificial.
- Insuficiencia cardíaca: Cuando el área de infarto es extensa, el resto del corazón puede ser insuficiente para realizar el trabajo de bombeo.

- Muerte: En una de cada cuatro personas que sufren muerte súbita, no existían síntomas previos de cardiopatía. Con mucho, la causa más frecuente de muerte súbita por infarto es la fibrilación ventricular.

### **Pronóstico a largo plazo**

En los pacientes que sobreviven a un infarto de miocardio persiste el riesgo de que se produzca un nuevo accidente coronario o la muerte de forma prematura. Los factores que determinan el pronóstico a largo plazo son fundamentalmente tres: el grado de disfunción ventricular residual, la gravedad de la afección coronaria, expresada por el número de arterias con lesiones, y la presencia de arritmias ventriculares graves. Así, el pronóstico es excelente en los pacientes con fracción de eyección normal (superior a 50%), que presentan una mortalidad a los 4 años del 4%. Por el contrario, los enfermos con fracción de eyección inferior al 30%, afección de los tres vasos y arritmias ventriculares repetitivas constituyen un grupo de riesgo elevado.

### **Prevención secundaria**

Los objetivos del tratamiento una vez superada la fase aguda son interrumpir la progresión de la enfermedad coronaria, prevenir la muerte súbita y el re infarto, controlar los síntomas, si los hubiere, y conseguir la rehabilitación funcional y laboral del paciente.

Previamente al alta, el paciente debe recibir información sobre la necesidad de controlar los factores de riesgo, en particular el tabaquismo, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia. En este sentido, debe instruírsele sobre la importancia de abandonar el hábito



tabáquico y de seguir una dieta baja en colesterol y sodio. Salvo contraindicaciones, los bloqueadores betadrenérgicos constituyen el tratamiento de elección en la hipertensión arterial de estos enfermos.

## **EL PACIENTE CON SINDROME CORONARIO AGUDO**

### **Conocimiento**

Para Mario Bunge el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto, el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia, Kant, en su teoría de conocimiento refiere que este está determinado por la intuición sensible y los conceptos, distinguiéndose dos tipos de conocimientos, el puro o priori que se desarrolla antes de la experiencia y el empírico el cual es elaborado después de la experiencia. (50)

Rusell Bertrand, plantea que el conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia y lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos, cuando el hombre dice algo estricta y precisamente verdadero lo hace por su experiencia, un conocimiento que no poseen aquellos cuya experiencia ha sido diferente. (51)

Los conocimientos se adquieren mediante una pluralidad de procesos cognitivos: percepción, memoria, experiencia (tentativas seguidas de éxito o fracaso), razonamiento, enseñanza-aprendizaje, testimonio de terceros. Estos procesos son objeto de estudio de la ciencia cognitiva. Por su parte, la observación controlada, la experimentación, la modelización, la crítica de fuentes (en Historia), las encuestas, y otros procedimientos que son específicamente empleados por las ciencias, pueden considerarse como un refinamiento o una aplicación sistemática de los anteriores. Estos son objeto de estudio de la epistemología.

## **ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

Aunque el interés por el estudio de los estilos de vida saludables ha tenido su punto más álgido en la década de los 80 del siglo pasado, el concepto de estilo de vida no constituye un ámbito de estudio nuevo. Por el contrario, desde hace ya mucho tiempo este concepto ha sido un tema de estudio abordado por disciplinas como la sociología y el psicoanálisis y desde hace ya relativamente menos por la antropología, la medicina y la psicología de la salud. En general, desde todas estas orientaciones se entiende el estilo de vida como "la forma de vida de las personas o de los grupos" (PASTOR, 1999). (52)

En 1974 Lalonde define un estilo de vida como un "conjunto de decisiones que afectan a la salud individual y sobre el que pueden ejercer cierto grado de control. Las decisiones y los hábitos personales que son malas para la salud, la creación de riesgos causados por la persona. Cuando esos riesgos tienen como resultado una enfermedad

o muerte se puede decir que el estilo de vida ha contribuido o causado la enfermedad o trastorno”.

En 1990 en el estudio del Corazón de prueba, Ornish sobre estilos de vida se demostró que los cambios en el estilo de vida (dieta vegetariana, la cesación del hábito de fumar, actividad física regular y la gestión del estrés) fueron asociados con la regresión de lesiones ateroscleróticas, angiográficamente examinados después de un año de la adopción de estilos de vida que ofrece.

Por estilo de vida queremos denominar de una manera genérica, aquellos patrones cognitivos, afectivos-emocionales y conductuales que muestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos consistentes y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad, dependiendo de su naturaleza.

Morales Calatayud entiende por estilos de vida al conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana, y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud, o que lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad. Walkers y otros investigadores en promoción de salud del programa de la Universidad del Norte de Illinois definieron en 1987 algunas clases de comportamientos que conforman un estilo de vida promotor de la salud y han construido un instrumento consecuente para evaluarlos en la población. Entre los estilos de vida tenemos los comportamientos de auto actualización, responsabilidad con la salud, ejercicios físicos, nutrición, soporte interpersonal y el manejo de estrés.

El autocontrol del comportamiento constituye la más importante herramienta de la que puede disponer un individuo para realizar cambios en su estilo de vida; y dado que el estilo de vida está determinado por las condiciones de vida, un elemento importante en esta investigación es la identificación de los factores de riesgo. Aspectos como factores motivacionales, el aprendizaje, las creencias y las influencias sociales, además de la historia biológica, han sido identificados como componentes de las conductas y hábitos que caracterizan el estilo de vida de una persona, por lo tanto, establecer conductas saludables y eliminar conductas de riesgo de manera estable, como aspiración de la promoción de salud, constituye un reto para nuestra ciencia. (53)

Los estudios epidemiológicos han mostrado la relación existente entre el estilo de vida que las personas exhiben y el proceso salud-enfermedad. Un estilo de vida saludable constituye un importante factor en la configuración del perfil de seguridad.

Al hablar de estilo de vida saludable, nos referimos a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como: un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol; una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo, etc.

Parece probable que la modificación de comportamientos no saludables en el estilo de vida puede excluir o controlar la intensidad de los factores de riesgo, que a su vez, parece disminuir la incidencia,

evitar recidivas y mejorar el pronóstico de las personas que sufrieron un infarto.

Una práctica adecuada y actividad física regular ha sido aceptado como uno de los más importantes y medidas eficaces en la prevención de la aterosclerosis coronaria y en la preservación de la salud y la calidad de vida. Como resultado de ello, el estilo de vida sedentario ha sido el factor que aumenta el riesgo de desarrollar aterosclerosis coronaria. Una dieta adecuada y un estilo de vida saludable (no fumar y mantener un nivel de actividad física acorde con la edad y la condición física de la persona) pueden reducir el riesgo de enfermedad coronaria. Por ello, es deseable que la población adopte dichos hábitos, de modo global y, en especial, aquellos grupos de personas con mayor riesgo de sufrir aterosclerosis, como son los fumadores, hipercolesterolémicos, obesos, diabéticos, hipertensos, sedentarios y los familiares de enfermos con cardiopatía isquémica precoz.

Los estilos de vida saludable son una estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud, básicamente está enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

## **ENFERMERÍA CARDIOLOGICA**

El profesional de enfermería que labora en los servicios de Cardiología y en las Unidades de Cuidados Intensivos Coronarios; por la naturaleza de su trabajo tiene la posibilidad de establecer relaciones no sólo de tipo asistencial, sino también de carácter preventivo promocional mediante la elaboración e implementación de programas de educación para la salud aplicando estrategias participativas en el cual sea capaz no solo de identificar la información que posee, sino que mediante una

educación u orientación personalizada pueda ejercer no solo su rol docente y/o consejero a los pacientes, familia y población vulnerable orientado a promover la adopción de una cultura de prevención de riesgos coronarios, sino también fomentar la implementación de estilos de vida saludable en su vida diaria, a fin de prevenir y controlar las recidivas y/o complicaciones que puede conllevar a riesgos de muerte; situación que es de vital importancia, por ser esta una enfermedad que requiere de modificaciones en cuanto a los estilos de vida y el desarrollo de una conciencia crítica individual que le permita asumir cambios de conducta con relación a la dieta, el descanso, el ejercicio, la visita al médico, el control de los factores de riesgo tales como el manejo del estrés, el peso, y el uso de la sal.

Según Nordmark y Rohweder (1997), la participación de la enfermera en la promoción de la salud en pacientes con enfermedad cardiovascular debe hacer énfasis en los siguientes aspectos:

- Importancia de una dieta balanceada y nutritiva durante toda la vida, evitando las frituras y exceso de sal.
- Realización de un programa de ejercicio adecuado, evitando el ejercicio agotador sin el entrenamiento y chequeo médico adecuado.
- Suficiente descanso y sueño, manejo del estrés y de las situaciones difíciles.
- Evitar el consumo de cigarrillos, alcohol y bebidas estimulantes como el té y el café.

### **2.3. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS**

A continuación se presenta la definición operacional de términos:

- Conocimiento sobre estilos de vida saludables en pacientes con síndrome coronario agudo hospitalizados en UCICOR.- Es la respuesta expresada del paciente con síndrome coronario agudo sobre los diferentes comportamientos que adopta según la información que posee en torno a la forma de enfrentar la enfermedad para disminuir los riesgos a complicaciones. El cual fue obtenida a través de un cuestionario y valorado en conoce y no conoce.
- Práctica sobre estilos de vida saludables en pacientes con síndrome coronario agudo hospitalizados en UCICOR.- Esta dado por la respuesta expresada del paciente sobre las diferentes actividades que refiere realizar en torno a la forma del manejo y control de la enfermedad para disminuir los riesgos a complicaciones. El cual fue obtenida a través de un cuestionario y valorado en favorable y desfavorable.
- Síndrome coronario agudo.- Esta dado por los diferentes estados de isquemia del miocárdico manifestado como una de cuatro variaciones de presentación de la enfermedad coronaria: angina inestable, Infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST, infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST y muerte súbita.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACION**

El presente estudio fue de nivel aplicativo, ya que se originó de la realidad para modificarla; tipo cuantitativo, en razón a que se asignó un valor numérico a los hallazgos; método descriptivo corte transversal, ya que permitió exponer los datos tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

#### **3.2. LUGAR DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el servicio de UCI Coronaria, ubicado en el distrito de Lima Cercado.

La unidad coronaria fue creada en el año 1995 y en la actualidad cuenta con 8 camas y equipos médicos modernos lo que permite liderar y ser el centro de referencia de la atención cardiaca a nivel del MINSA.

#### **3.3. POBLACION Y MUESTREO**

La población estuvo conformada por todos los paciente hospitalizados en la UCI coronaria del Hospital Arzobispo Loayza con diagnostico de Síndrome coronario agudo (Angina inestable, IMA STE, IMA STNE). Primer evento.



### **3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **3.4.1. Criterios de Inclusión**

- Hombres y mujeres con edades que oscilaron entre 45 y 80 años.
- Pacientes que tuvieron un primer evento de SICA hospitalizados
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

#### **3.4.2. Criterios de Exclusión**

- Pacientes con reingreso a la UCI Coronaria.
- Pacientes que no completaron el instrumento

### **3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario. (Anexo B); el cual fue sometido a juicio de expertos, siendo procesada la información en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial. (Anexo D). Posterior a las sugerencias se aplicó la prueba piloto a fin de determinar la validez estadística mediante la prueba de item test Coeficiente de Correlación de Pearson (Anexo G), y para la confiabilidad estadística se procedió con la prueba Kuder de Richardson (Anexo H).

### **3.6. PROCEDIMIENTO DE ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION**

Para implementar el estudio se llevó a cabo el trámite administrativo mediante un oficio dirigida a las autoridades de la institución, a fin de obtener la autorización y facilidades para ejecutar el estudio. Luego se

realizó la coordinación pertinente con le enfermera jefe de la UCICOR a fin de establecer el cronograma de recolección de datos considerando de 20 a 30 minutos para su aplicación previo consentimiento informado; la cual se inició y culmino en el mes de Diciembre del 2014

Luego de la recolección de datos, estos fueron procesados mediante el Programa de Excell 2013 previa elaboración de la Tabla de Códigos (Anexo E) y la Tabla Matriz de Datos (Anexo F).

Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico-

Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva, el promedio aritmético, porcentajes y frecuencia absoluta considerando para la respuesta correcta el valor de 1 punto y para la respuesta incorrecta el valor de 0 punto; siendo valorada el conocimiento en conoce y no conoce y la practica en favorable y desfavorable.(Anexo I).

### **3.7 CONSIDERACIONES ETICAS**

Para ejecutar el estudio se contó con la autorización de las autoridades y los responsables del Comité de Ética, Jefe de Capacitación y Jefatura de la Unidad coronaria del hospital; así como el consentimiento informado de los sujetos de estudio, es decir de los pacientes con síndrome coronario agudo expresándoles que el instrumento es de carácter anónimo y confidencial. (Anexo C).

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSION**

Luego de haber recolectado y procesado los datos, los resultados se presentaron en cuadros y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación de acuerdo al marco teórico. Así tenemos:

#### **4.1. RESULTADOS**

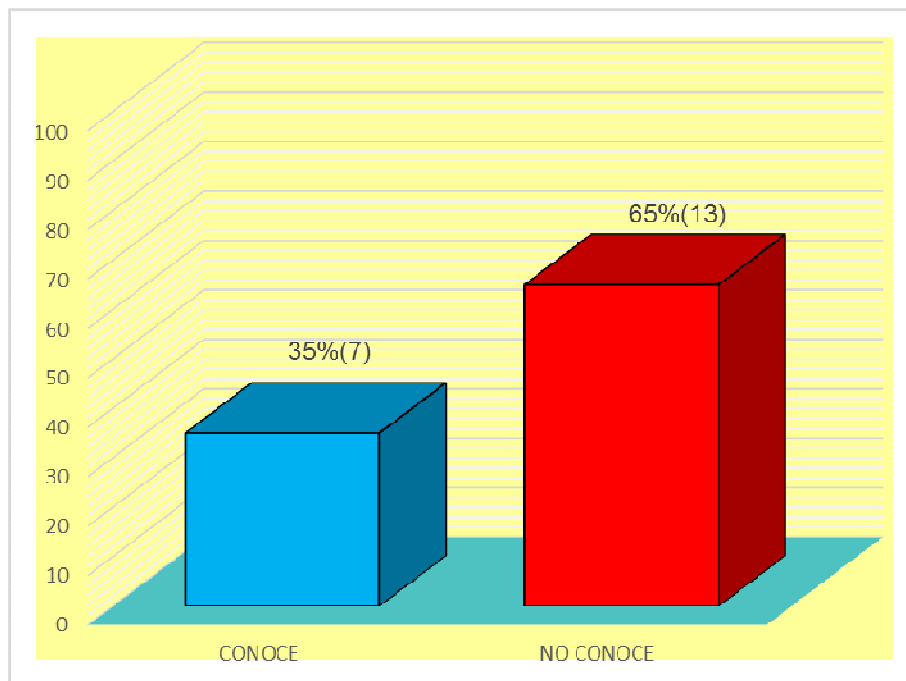
En cuanto a los datos generales de pacientes con síndrome coronario agudo hospitalizados, del 100%(20); 60% (12) tienen de 41 a 59 años, 25% (5) tienen de 60 años a mas, 15% (3) de 30 a 40 años; 60% (12) son de sexo masculino y 40% (8) femenino; 55 % (11) tienen educación secundaria, 30% (6) educación superior, 15% (3) tienen educación primaria; 40% (8) son convivientes, 35% (7) casados, 15% (3) viudos y 10% (2) solteros. (Anexo J).

Por lo que podemos evidenciar que el mayor porcentaje de los pacientes con síndrome coronario agudo hospitalizados tienen de 41 a 59 años, es decir son adultos maduros, son de sexo masculino, la mayoría tienen estudios de educación secundaria a superior y son convivientes y casados.

Respecto a los conocimientos sobre estilos de vida saludables en pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR, del 100 % (20), 65% (13) no conocen y 35% (7) conocen (Gráfico N° 1). Los aspectos que conocen están referidos por el tipo de preparación de alimentos saludables, la técnica de relajación y los ejercicios contraindicados; mientras que los aspectos que no conocen

## GRÁFICO N° 1

### CONOCIMIENTO SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO HOSPITALIZADOS EN LA UCICOR HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA PERÚ 2014



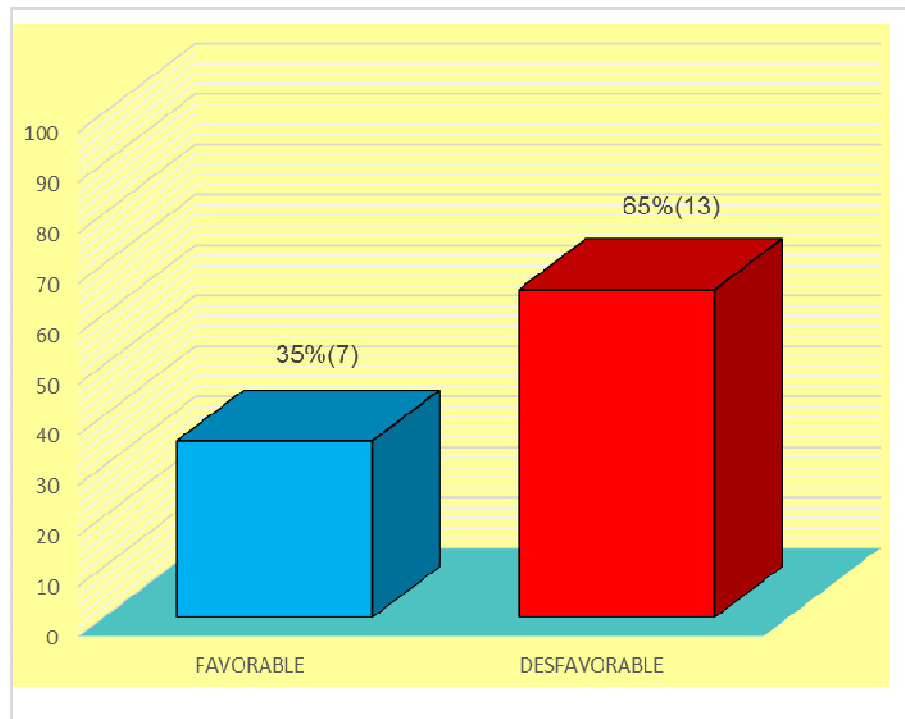
*Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR del HNAL. 2014.*

está dado por la cantidad de agua que debe consumir en el día, el efecto que produce el consumo de tabaco, el tiempo mínimo para realizar ejercicios, la frecuencia de asistencia a reuniones sociales, y la frecuencia mínima de control cardiológico. (Anexo K)

Acerca de la práctica sobre estilos de vida saludables en pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR, del 100 % ,,,

## GRÁFICO N° 2

### PRÁCTICA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO HOSPITALIZADOS EN LA UCICOR HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA PERÚ 2014

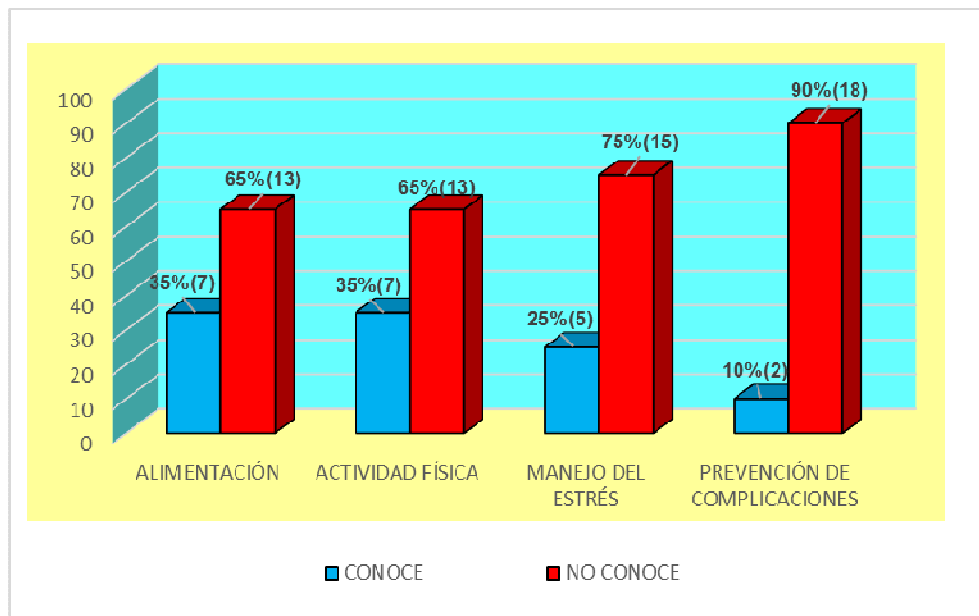


*Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR del HNAL. 2014.*

(20), 65% (13) son desfavorables y 35% (7) favorables. (Gráfico N° 2). Los aspectos favorables están dados por el tipo de carne que más consume durante la semana, la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas, alternativas de relajación que más utiliza y la frecuencia que controla la presión arterial; sin embargo lo desfavorable está referido al número de veces que acude al cardiólogo en los últimos seis

### GRÁFICO N° 3

**CONOCIMIENTO SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES SEGÚN  
DIMENSIONES EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO  
AGUDO HOSPITALIZADOS EN LA UCICOR HOSPITAL  
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
LIMA PERÚ  
2014**



*Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR del HNAL. 2014.*

meses, la frecuencia de consumo de carnes rojas, el consumo de frituras, la frecuencia de consumo de pizzas, hamburguesas, salchipapas, pollos broaster, y los tipos de ejercicios que realiza usualmente. (Anexo L).

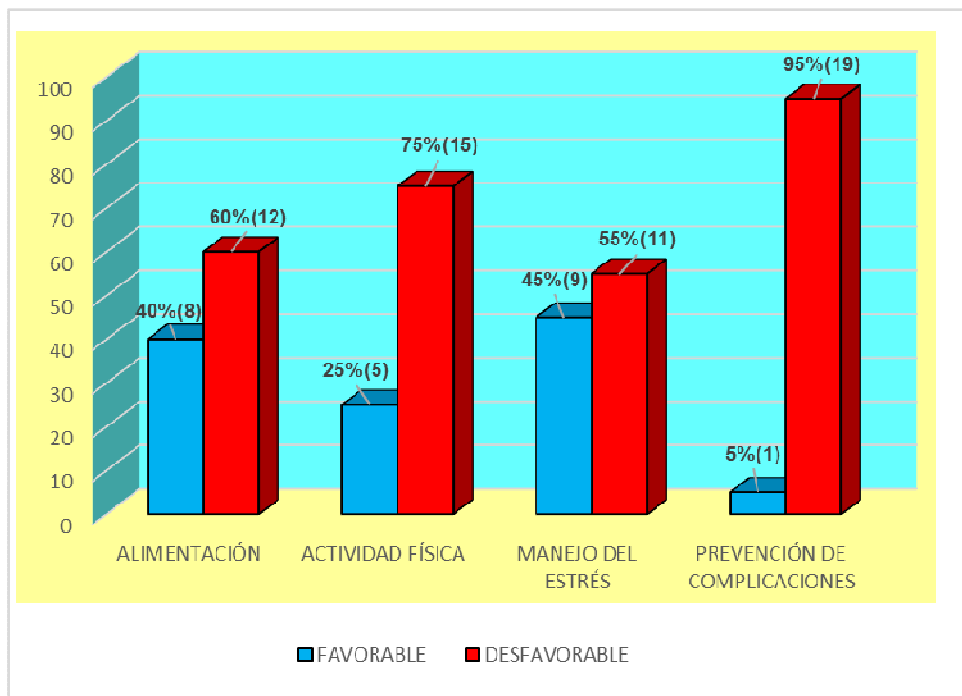
En cuanto a los conocimientos sobre estilos de vida saludables según dimensiones en pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR, del 100 % (20), en la dimensión

alimentación 65% (13) no conoce y 35% (7) conoce; en la dimensión actividad física 65% (13) no conoce y 35% (7) conoce; en la dimensión manejo del estrés 75% (16) no conoce y 25% (6) conoce; mientras que en la dimensión prevención de complicaciones 90% (18) no conoce y 10% (2) conoce. (Grafico N° 3). Los aspectos que no conocen en la dimensión alimentación está dado por que el alimento aumenta el riesgo a sufrir enfermedades cardiacas, el consumo de frutas, el tipo de carne saludable y el efecto que produce el consumo de tabaco; y lo que conoce sobre los alimentos que prioriza un paciente con problemas cardiacos, el tipo de preparación de alimentos saludable y el tipo de carne saludable; mientras que los aspectos que no conocen en la dimensión actividad física está dado por los beneficios de realizar ejercicios físicos, tiempo mínimo para realizar ejercicios, y los aspectos que conocen está referido a los ejercicios contraindicados y la frecuencia mínima de actividad física; los aspectos que no conocen en la dimensión manejo del estrés está dado las horas continuas de sueño y las medidas para controlar el estrés; seguido de los aspectos que conocen la frecuencia de asistencia a reuniones sociales y la técnica que no es de relajación; y los aspectos que no conocen en la dimensión manejo de complicaciones, está referida a la medida principal indicada en la prevención de complicaciones cardiacas, la frecuencia mínima para el control de glucosa y el control del colesterol en sangre y los aspectos que conocen está dado por hábitos saludables para prevenir complicaciones cardiacas y la frecuencia mínima del control cardiológico. (Anexo K).

En relación a la practica sobre estilos de vida saludables según dimensiones en pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR, del 100 % (20), en la dimensión alimentación 60% (12) desfavorable y 40% (8) favorable; en la .....

#### GRÁFICO N° 4

**PRÁCTICA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES SEGÚN  
DIMENSIONES EN PACIENTES CON SÍNDROME  
CORONARIO AGUDO HOSPITALIZADOS EN LA  
UCICOR HOSPITAL NACIONAL  
ARZOBISPO LOAYZA  
LIMA PERÚ  
2014**



*Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR del HNAL. 2014.*

dimensión actividad física 75% (15) desfavorable y 25% (5) favorable; en la dimensión manejo del estrés 55% (11) desfavorable y 45% (9) favorable; mientras que en la dimensión prevención de complicaciones 95% (19) desfavorable y 5% (1) favorable. (Grafico N° 4). Los aspectos desfavorable en la dimensión alimentación está dado por la cantidad de



agua que consumen al día, la frecuencia del consumo de carnes rojas, la frecuencia de consumo de frituras, el consumo de cigarrillos en los últimos 6 meses, y la frecuencia de consumo de pizzas, hamburguesas, salchipapas, pollos broaster; y los aspectos favorables está referido al tipo de carne que más consume durante la semana, la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, la frecuencia del consumo de frutas y verduras; mientras que los aspectos de practica desfavorable en la dimensión actividad física está dado por el tipo de ejercicios que realiza usualmente y la frecuencia que realiza actividad física y lo favorable está referido al tiempo que dedica diariamente para realizar ejercicios; en la dimensión manejo del estrés la práctica desfavorable está dada por la frecuencia que asiste a reuniones sociales y horas de sueño, y lo favorable por las alternativas de relajación que más utiliza y las medidas de controlar el estrés; mientras que en la dimensión manejo de complicaciones lo desfavorable está referido al número de veces que se controló el colesterol en sangre en los últimos seis meses y acudió al cardiólogo, y lo favorable en la frecuencia que controla la presión arterial y el número de veces en que se controló la glucosa en los últimos seis meses. (Anexo L).

## **4.2. DISCUSION**

En los últimos años el incremento de enfermedades cardiovasculares; dentro del cual se encuentra el síndrome coronario agudo puede ocasionar serias repercusiones que pueden conllevar a la muerte súbita. En ese sentido el término de síndrome coronario agudo (SCA) engloba las manifestaciones clínicas de un proceso fisiopatológico progresivo, que se caracteriza por la rotura de una placa de ateroma previamente existente en un vaso coronario, que desencadena los procesos de agregación plaquetaria y cascada de la coagulación, que

pueden provocar distintos grados de obstrucción al flujo coronario desencadenando variados estados de isquemia; el cual determinara las cuatro variaciones: angina inestable, IMA sin elevación del segmento ST, IMA con elevación del segmento ST y muerte súbita. Tal es así que el síndrome coronario agudo se produce por una reducción aguda o sub-aguda de la suplencia primaria de oxígeno al miocardio provocado por la ruptura de una placa aterosclerótica asociada a trombosis, vasoconstricción y embolización.

Al respecto Monsalve Diana y Sarmiento Juan; (2003), concluyeron que “el seguimiento de factores de riesgo mostró modificación en los hábitos de vida, como incremento en la actividad física, continuidad en el tratamiento farmacológico, cese del tabaquismo y disminución en el riesgo para nuevos eventos coronarios. Por lo que la prevención para enfermedad cardiovascular, debe iniciarse lo más temprano posible en todo paciente con riesgo y/o síndrome coronario agudo y se deben ofrecer e intensificar las estrategias de promoción y prevención en aquellos pacientes con riesgo para enfermedad coronaria”.

Muchos de los factores de riesgo cardíacos son modificables, de modo que los ataques del corazón pueden ser prevenidos al mantener un estilo de vida más saludable. La actividad física, por ejemplo, se asocia con riesgos más bajos. Las mujeres que usan pastillas anticonceptivas combinadas, tienen un modesto aumento en su riesgo de un infarto de miocardio, en especial en presencia de otros factores como el hábito de fumar. Por esa razón, una elevación sanguínea de la proteína C reactiva puede predecir el riesgo de un infarto, así como de un accidente cerebrovascular. De ahí que según los datos obtenidos en el estudio podemos concluir que el mayor porcentaje de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR, no conocen

está dado por la cantidad de agua que debe consumir en el día, el efecto que produce el consumo de tabaco, el tiempo mínimo para realizar ejercicios, la frecuencia de asistencia a reuniones sociales, y la frecuencia mínima de control cardiológico; seguido de un porcentaje menor significativo de pacientes que conocen el tipo de preparación de alimentos saludables, la técnica de relajación y los ejercicios contraindicados; lo cual puede conllevar a riesgos a presentar complicaciones de tipo cardiovascular, incrementar la estancia hospitalaria y los costos debido a la falta de información sobre los estilos de vida saludable que puede predisponerlo a serias alteraciones en su calidad de vida y/o recidivas o muerte súbita.

Los pacientes que sobreviven a un infarto de miocardio persiste el riesgo de que se produzca un nuevo accidente coronario o la muerte de forma prematura, sobre todo si en las actividades de la vida diaria en lo que corresponde a la alimentación, ejercicios, descanso y sueño, así como hábitos nocivos entre otros; no se modifican ya que estos factores son los que determinan el pronóstico a mediano o largo plazo en el grado de disfunción ventricular residual, gravedad de la afección coronaria, expresada por el número de arterias con lesiones, y la presencia de arritmias ventriculares graves.

Por lo que los objetivos del tratamiento una vez superada la fase aguda tenemos el interrumpir la progresión de la enfermedad coronaria, prevenir la muerte súbita y el re infarto, controlar los síntomas, si los hubiere, y conseguir la rehabilitación funcional y laboral del paciente. Siendo importante que antes del alta, el paciente debe recibir información sobre la necesidad de controlar los factores de riesgo, en particular el tabaquismo, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia. En este sentido, debe orientarse sobre la

importancia de abandonar el hábito del consumo de tabaco, de seguir una dieta baja en colesterol y sodio; salvo contraindicaciones.

En ese sentido Cuervo Luz y Garzón Magda, (2003), concluyeron que “para lograr un cambio en el estilo de vida no es una tarea sencilla y depende de una férrea voluntad, disciplina y de la incorporación en un programa suficientemente amplio que le permita desarrollar actividades que disminuyan el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular, como la práctica de ejercicio, el adecuado manejo del estrés, una dieta adecuada y el desarrollo de actividades que alejen al paciente del consumo de alcohol y cigarrillo. Por otra parte, toda persona independiente de su condición socioeconómica, ocupación y edad puede lograr un cambio en su estilo de vida que disminuya el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular”.

De lo expuesto, según los datos obtenidos en el estudio sobre la práctica sobre estilos de vida saludables en pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR, el mayor porcentaje manifiesta que es desfavorable referido al número de veces que acude al cardiólogo en los últimos seis meses, la frecuencia de consumo de carnes rojas, el consumo de frituras, la frecuencia de consumo de pizzas, hamburguesas, salchipapas, pollos broaster, y los tipos de ejercicios que realiza usualmente, seguido de un menor porcentaje significativo que expresa que tienen practica favorable referido al tipo de carne que más consume durante la semana, la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas, alternativas de relajación que más utiliza y la frecuencia que controla la presión arterial; lo cual puede predisponerlo a riesgos a presentar complicaciones derivadas de la práctica desfavorable de estilos de vida saludables que le puede

conllevar a muerte súbita y/o recidivas que repercuten en su calidad de vida.

El conocimiento de los estilos de vida saludables de parte del paciente con síndrome coronario agudo está dado por toda aquella información que poseen y que lo deben de poner en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana, y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud, y que en caso contrario lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad. Tal es así que dentro de las dimensiones, deben poseer información suficiente y pertinente sobre la alimentación, el consumo de agua, la actividad física, en cuanto a la frecuencia y el tiempo, el descanso y sueño adecuado y el no consumo de alcohol y tabaco; ya que estos actúan como factores modificables orientados a mejorar su calidad de vida y disminuir el riesgo a complicaciones.

Al hablar de estilo de vida saludable, nos referimos a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como: un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol; una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo, etc.

Por lo que se puede concluir de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio que los conocimientos sobre estilos de vida saludables según dimensiones en pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR, en la dimensión alimentación el mayor porcentaje no conoce que el alimento aumenta el riesgo a sufrir enfermedades cardiacas, el consumo de frutas, el tipo de carne saludable y el efecto que produce el consumo de tabaco; seguido de un

menor porcentaje significativo que conoce los alimentos que debe prioriza un paciente con problemas cardiacos, el tipo de preparación de alimentos saludable y el tipo de carne saludable; en la dimensión actividad física, el mayor porcentaje no conoce los beneficios de realizar ejercicios físicos, el tiempo mínimo para realizar ejercicios, seguido de un menor porcentaje considerable que conocen los ejercicios contraindicados y la frecuencia mínima de actividad física; en la dimensión manejo del estrés la mayoría no conoce las horas continuas de sueño y las medidas para controlar el estrés; seguido de un mínimo porcentaje significativo que conocen la frecuencia de asistencia a reuniones sociales y la técnica que no es de relajación; mientras que en la dimensión prevención de complicaciones la mayoría no conocen la medida principal indicada en la prevención de complicaciones cardiacas, la frecuencia mínima para el control de glucosa y el control del colesterol en sangre y un mínimo porcentaje significativo conocen los hábitos saludables para prevenir complicaciones cardiacas y la frecuencia mínima del control cardiológico; lo cual le puede conllevar a riesgos a complicaciones y predisponerlo a recidivas derivado de la falta de información sobre los factores que pueden intervenir en el estilo de vida saludable como es el consumo adecuado de alimentos saludables, ejercicios adecuados en cuanto al tipo, frecuencia y duración, descanso y sueño adecuado; y abandono en el consumo de alcohol y tabaco, entre otros; repercutiendo en su calidad de vida.

La modificación de comportamientos no saludables en el estilo de vida puede excluir o controlar la intensidad de los factores de riesgo, que a su vez, parece disminuir la incidencia, evitar recidivas y mejorar el pronóstico de las personas que sufrieron un infarto.

Una práctica adecuada y actividad física regular ha sido aceptado como uno de los más importantes y medidas eficaces en la prevención de la aterosclerosis coronaria y en la preservación de la salud y la calidad de vida. Como resultado de ello, el estilo de vida sedentario ha sido el factor que aumenta el riesgo de desarrollar aterosclerosis coronaria. Una dieta adecuada y un estilo de vida saludable (no fumar y mantener un nivel de actividad física acorde con la edad y la condición física de la persona) pueden reducir el riesgo de enfermedad coronaria. Por ello, es deseable que la población adopte dichos hábitos, de modo global y, en especial, aquellos grupos de personas con mayor riesgo de sufrir aterosclerosis, como son los fumadores, hipercolesterolémicos, obesos, diabéticos, hipertensos, sedentarios y los familiares de enfermos con cardiopatía isquémica precoz.

Los estilos de vida saludable son una estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud, básicamente está enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

De ahí que según los resultados obtenidos en el estudio se puede concluir que la práctica sobre estilos de vida saludables según dimensiones en pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR, en la dimensión alimentación el mayor porcentaje expresa que es desfavorable la cantidad de agua que consumen al día, la frecuencia del consumo de carnes rojas, la frecuencia de consumo de frituras, el consumo de cigarrillos en los últimos 6 meses, y la frecuencia de consumo de pizzas, hamburguesas, salchipapas, pollos broaster; seguido de un menor porcentaje considerable favorable referido al tipo de carne que más consume durante la semana, la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, la frecuencia del consumo de frutas y verduras; en la

dimensión actividad física la mayoría refiere que es desfavorable referido al tipo de ejercicios que realiza usualmente y la frecuencia que realiza actividad física, seguido de un mínimo porcentaje significativo que expresa que es favorable referido al tiempo que dedica diariamente para realizar ejercicios; en la dimensión manejo del estrés el mayor porcentaje manifiesta que es desfavorable la frecuencia que asiste a reuniones sociales y las horas de sueño, seguido de un menor porcentaje considerable que expresa que es favorable las alternativas de relajación que más utiliza y las medidas de controlar el estrés; y en la dimensión prevención de complicaciones la mayoría refieren que es desfavorable el número de veces que se controla el colesterol en sangre en los últimos seis meses y acude al cardiólogo, seguido de un mínimo porcentaje favorable que está dado por la frecuencia que controla la presión arterial y el número de veces en que se controló la glucosa en los últimos seis meses; lo cual puede conllevarlo a presentar complicaciones y en consecuencia prolongar la estancia hospitalaria y los costos; y en casos extremos a la muerte súbita por la práctica desfavorable de los estilos de vida saludables que repercute negativamente en su calidad de vida y el pronóstico de su enfermedad. De ahí que el profesional de Enfermería que labora en los servicios de UCICOR debe diseñar programas orientadas a promover en el paciente con síndrome coronario agudo la adopción de una cultura de prevención, con estilos de vida saludables orientado a fomentar el autocuidado y el proceso de recuperación y/o convalecencia del paciente con enfermedad cardiovascular.



## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

- ❖ Los conocimientos sobre estilos de vida saludables en pacientes con síndrome coronario agudo hospitalizados en la UCICOR, el mayor porcentaje no conocen la cantidad de agua que debe consumir en el día, el efecto que produce el consumo de tabaco, el tiempo mínimo para realizar ejercicios, la frecuencia de asistencia a reuniones sociales, y la frecuencia mínima de control cardiológico; seguido de un porcentaje menor significativo de pacientes que conocen el tipo de preparación de alimentos saludables, la técnica de relajación y los ejercicios contraindicados.
- ❖ La práctica sobre estilos de vida saludables en pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR, el mayor porcentaje manifiesta que es desfavorable referido al número de veces que acude al cardiólogo en los últimos seis meses, la frecuencia de consumo de carnes rojas, el consumo de frituras, la frecuencia de consumo de pizzas, hamburguesas, salchipapas, pollos broaster, y los tipos de ejercicios que realiza usualmente, seguido de un menor porcentaje significativo que expresa que tienen practica favorable referido al tipo de carne que más consume durante la semana, la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas, alternativas de relajación que más utiliza y la frecuencia que controla la presión arterial.

- ❖ En cuanto a los conocimientos sobre estilos de vida saludables según dimensiones en pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR, en la dimensión alimentación el mayor porcentaje no conoce que el alimento aumenta el riesgo a sufrir enfermedades cardíacas, el consumo de frutas, el tipo de carne saludable y el efecto que produce el consumo de tabaco; seguido de un menor porcentaje significativo que conoce los alimentos que debe prioriza un paciente con problemas cardíacos, el tipo de preparación de alimentos saludable y el tipo de carne saludable; en la dimensión actividad física, el mayor porcentaje no conoce los beneficios de realizar ejercicios físicos, el tiempo mínimo para realizar ejercicios, seguido de un menor porcentaje considerable que conocen los ejercicios contraindicados y la frecuencia mínima de actividad física; en la dimensión manejo del estrés la mayoría no conoce las horas continuas de sueño y las medidas para controlar el estrés; seguido de un mínimo porcentaje significativo que conocen la frecuencia de asistencia a reuniones sociales y la técnica que no es de relajación; mientras que en la dimensión prevención de complicaciones la mayoría no conocen la medida principal indicada en la prevención de complicaciones cardíacas, la frecuencia mínima para el control de glucosa y el control del colesterol en sangre y un mínimo porcentaje significativo conocen los hábitos saludables para prevenir complicaciones cardíacas y la frecuencia mínima del control cardiológico.
  
- ❖ Acerca de la práctica sobre estilos de vida saludables según dimensiones en pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR, en la dimensión alimentación el mayor porcentaje expresa que es desfavorable la cantidad de

agua que consumen al día, la frecuencia del consumo de carnes rojas, la frecuencia de consumo de frituras, el consumo de cigarrillos en los últimos 6 meses, y la frecuencia de consumo de pizzas, hamburguesas, salchipapas, pollos broaster; seguido de un menor porcentaje considerable favorable referido al tipo de carne que más consume durante la semana, la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, la frecuencia del consumo de frutas y verduras; en la dimensión actividad física la mayoría refiere que es desfavorable referido al tipo de ejercicios que realiza usualmente y la frecuencia que realiza actividad física, seguido de un mínimo porcentaje significativo que expresa que es favorable referido al tiempo que dedica diariamente para realizar ejercicios; en la dimensión manejo del estrés el mayor porcentaje manifiesta que es desfavorable la frecuencia que asiste a reuniones sociales y las horas de sueño, seguido de un menor porcentaje considerable que expresa que es favorable las alternativas de relajación que más utiliza y las medidas de controlar el estrés; y en la dimensión prevención de complicaciones la mayoría refieren que es desfavorable el número de veces que se controla el colesterol en sangre en los últimos seis meses y acude al cardiólogo, seguido de un mínimo porcentaje favorable que está dado por la frecuencia que controla la presión arterial y el número de veces en que se controló la glucosa en los últimos seis meses.

## **5.2. LIMITACIONES**

Los resultados y conclusiones del estudio solo son válidos y generalizables para la población de estudio; es decir los pacientes Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR.

#### **5.4. RECOMENDACIONES**

- Que el Servicio de Cardiología del Hospital Arzobispo Loayza realice actividades preventivas promocionales creando un programa de rehabilitación cardíaca en donde se formulen estrategias de educación con el paciente hospitalizado ya que ellos son una población con un riesgo alto de padecer un nuevo evento.
- Que el Departamento de Enfermería y la Jefatura del servicio de UCICOR elabore un programa de educación permanente dirigido al personal profesional de Enfermería en su diferentes modalidades (diplomados, talleres, seminarios, entrenamientos en otros servicios, pasantías, entre otros) orientado a actualizar y contribuir a mejorar la calidad de atención de enfermería al paciente con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados a fin prevenir los riesgos a complicaciones.
- Promover al personal de Enfermería del servicio de UCICOR para la elaboración de material educativo orientada a promover la adopción de estilos de vida saludable a los pacientes, familiares y población vulnerable.
- Realizar estudios similares en otras instituciones de salud
- Realizar estudios de tipo cualitativo orientado a profundizar los hallazgos en cuanto a los factores que intervienen en la adopción de estilos de vida saludables en la prevención de riesgos cardiovasculares.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1), (4), (23), (24)- OMS Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- (2), (5), (6), (30) Sanagua JO. La rehabilitación cardiaca como prevención secundaria. Rev Fund Arg Cardiol 1999; 1: 337-343.
- (3) McAlister FA, Lawson FME, Teo K K, Armstron P W. *Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review*. BMJ 2001; 323: 957-962.
- (7). Fanny Rincón Osorio, María Esperanza Díaz. Enfermería Cardiovascular. ED 2007
- (8). Martínez González MA, Bueno Cavanillas A, Fernández García MA, García Martín M, Delgado Rodríguez M, Gálvez Vargas R. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en población laboral. Med Clin (Barc) 1995;105:321-6.
- (9), (10). Murray CJL, Lopez AD. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. EE.UU.. Harvard School of Health, 1996.
- (11), (19), (22), (36), (48). María Lucia Gaytan, Prevención de la enfermedad coronaria , Enfermería Cardiovascular ,Distribuna editorial Colombia 2007. Págs. 263-292.

- (12). Kotseva K, Wood D, De Backer G, et al. *Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries*. *Lancet* 2009; 373: 929-940.
- (13), (14). Goldman L. & Cook EF. (1984) estima que más de la mitad (54%), disminución de la tasa de mortalidad por cardiopatía coronaria en los EE.UU. entre 1968 y 1978 estaba relacionado con los cambios en el estilo de vida, especialmente a los niveles inferiores de colesterol sérico (30 %) y la supresión del hábito de fumar (24%).(11)
- (15) . Silva MAD, Sousa AGMR, Schargrotsky H. *Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio no Brasil – Estudo Fricas*. *Arq Bras Cardiol* 1998; 71: 667-75.
- (16). *Hàbit tabàquic. Objectius i intervencions sobre els problemes de salut. Pla se salut de Catalunya 1996-1998. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1997.p.279.*
- (17). Pardell H, Saltó E, Salleras L. Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Editorial Médica Panamericana.; 1996.p.45-71.
- (18). Bholasingh R, Cornel JH, Kamp O, van Straalen JP, et al. *Prognostic value of predischARGE dobutamine stress echocardiography in chest pain patients with a negative cardiac troponin T*. *J Am Coll Cardiol* 2003; 41:596-602.

- (20). Bosch X, Fernández - Avilés F. Tratamiento del infarto agudo de miocardio no complicado. Rev Esp. Cardiol 1994; 47 (supl 1): 9-26.
- (21). Jolly K, Bradley F, Mant D *for the SHIP Collaborative Group, et al. Randomised controlled trial of follow up care in general practice of patients with myocardial infarction and angina: final results of the Southampton heart integrated care project (SHIP).* BMJ 1999;318:706-711.
- (25) [www.Intramed .net](http://www.Intramed.net) Angina inestable
- (26), (27), (35), (49). Elliot M. animan, Eugene Braunwald. Infarto Agudo de Miocardio. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 15a edición. Madrid. McGraw-Hill Interamericana de España; 2002. p.1629.
- (28), (31), (32) L. Badimón Maestro, S. Sans Menéndez, A. Curós Abadal. Aterosclerosis Coronaria. En CD ROM Principios de Medicina Interna de Farreras, Rozman. 14a Edición. Ediciones Harcourt, S. A. Velázquez, 24, 5.ª Dcha. 28001 Madrid. España. 2000.
- (29). Enfermedades Ambientales y Nutricionales. En: Robbins Patología Estructural y Funcional. 5a edición. Madrid. McGraw-Hill Interamericana de España; 1998. p.424-426 .
- (33). Peter Libby. Prevención y Tratamiento de la Aterosclerosis. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 15a edición. Madrid. McGraw-Hill Interamericana de España; 2002. p.1624-1628

- (42), (43). R. Marrón Tundidor\*, P. Palazón Saura Guías clínicas para el manejo de la angina inestable e infarto sin elevación del ST. Estratificación del riesgo Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza 2002.
- (34). L. Serra Majem, J. Salas Salvadó, R. Trallero Casañas, G. Vázquez Mata, A. J. Pérez de la Cruz. Nutrición. En CD ROM Principios de Medicina Interna de Farreras, Rozman. 14a Edición. Ediciones Harcourt, S. A. Velázquez, 24, 5.º Dcha. 28001 Madrid. España. 2000.
- (37) *Neira M, de Onis M. The Spanish strategy for nutrition, physical activity and the prevention of obesity. Br J Nutr. 2006;96 Suppl 1:S8-11.*
- (38), (39), (40), (41), (44), (45), (46), (47). G.A. Sanz Romero. Cardiopatía isquémica. En CD ROM Principios de Medicina Interna de Farreras, Rozman. 14a Edición. Ediciones Harcourt, S. A. Velázquez, 24, 5.º Dcha. 28001 Madrid. España. 2000.
- (50) Mario Bunge. Epistemología. Barcelona - España. Editorial Ariel. 1980
- (51). Berthand Rusell. El conocimiento humano. Argentina. Ediciones Orbis S.A. Hyspamerica. 1983 .
- (52). DUNCAN, P. Estilos de Vida. En Medicina en Salud Pública. 1986.



- (53) Kotseva K, Wood D, De Backer G, et al. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet* 2009; 373: 929-940.

## **BIBLIOGRAFIA**

Monsalve Diana y Sarmiento Juan el 2003 en Bogotá – Colombia Estudio titulado “*Impacto del seguimiento sobre la modificación de factores de riesgo en pacientes con enfermedad arterial coronaria*”.

Cuervo Luz y Garzón Magda, el 2003, en Bogotá – Colombia, Estudio titulado “*Cambios en el estilo de vida adoptados por las personas que asisten a los programas de prevención de factores de riesgo cardiovascular*”

Cunha Roberta y Maimoni Olga en el año 1994 - Brasil Estudio titulado “*Estilo de vida y los factores de riesgo de los pacientes con un primer episodio de infarto agudo de miocardio*”.

Terra Thiago y Rombaldi Airton José; el 2007, en Brasil, realizaron el estudio titulado “*Conocimientos sobre factores de riesgo para enfermedades crónicas*”.

Avezum Álvaro y Piegas Soares Leopoldo, en Brasil, el 2002 realizaron un estudio titulado “*Factores de riesgo asociados con el infarto agudo de miocardio en la región metropolitana de São Paulo*”.

Wood David - Instituto Nacional del Corazón y Pulmón) (INCP) de Londres y autor principal de EUROASPIRE III. realizó un estudio titulado “*Tratamiento de los pacientes coronarios en Europa no cumple los protocolos internacionales*” por encargo de la Sociedad Europea de Cardiología, llevado a cabo entre 2006 y 2007 .

# ANEXOS

## INDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A Operacionalización de las variables	I
B Instrumento	III
C Consentimiento Informado	X
D Tabla de Concordancia	XI
E Tabla de Códigos	XII
F Tabla Matriz	XIV
G Validez del instrumento	XVI
H Confiabilidad del instrumento	IXX
I Medición de la variables	XX
J Datos generales de pacientes con Síndrome Coronario Agudo, hospitalizados en la UCICOR del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima - Perú 2014	XXIV
K Conocimiento sobre estilos de vida saludables, según ítems , en pacientes con Síndrome Coronario Agudo, hospitalizados en la UCICOR del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima - Perú 2014	XXV
L Práctica sobre estilos de vida saludables, según ítems , en pacientes con Síndrome Coronario Agudo, hospitalizados en la UCICOR del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima - Perú 2014	XXVII

## ANEXO A

### OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Conocimiento sobre estilos de vida saludables en pacientes con Síndrome Coronario Agudo	Conocimiento es el conjunto de esquemas mentales (ideas, información, definiciones técnicas) que la persona ha ido adquiriendo a través de una praxis o por medio intelectual la cual se evidencia en la resolución de problemas. Síndrome Coronario agudo hace referencia al grupo de síntomas atribuidos a la	Esta dada por toda aquella información que el paciente con Síndrome Coronario Agudo refiere poseer sobre los estilos de vida saludables. El cual fue obtenido a través de un cuestionario y valorado en conoce y no conoce.	<p><b>Alimentación</b></p> <p><b>Actividad Física</b></p> <p><b>Manejo del estrés</b></p> <p><b>Prevención de Complicaciones</b></p>	<p>Mantenimiento de peso adecuado Régimen nutricional: Alimentos: calidad, cantidad, frecuencia Consumo de agua- cantidad.</p> <p>Hábitos nocivos: Consumo de alcohol Consumo de tabaco</p> <p>Actividad física Tipo de actividad, frecuencia. Reposo y sueño Manejo del estrés Actividades de recreación Técnicas de relajación Tratamiento para la hipertensión Tratamiento para la diabetes Control de glicemia Control de colesterol Supresión del consumo del alcohol Supresión del consumo de tabaco</p>	<p>Conoce</p> <p>No Conoce</p>

	obstrucción de las arterias coronarias.				
Prácticas sobre estilos de vida saludables en pacientes con Síndrome Coronario Agudo	Conjunto de patrones conductuales o hábitos que posee una persona los cuales son adquiridos a lo largo del tiempo. Síndrome Coronario agudo hace referencia al grupo de síntomas atribuidos a la obstrucción de las arterias coronarias.	Esta referido a todas aquellas actividades, comportamientos o hábitos que posee el paciente con Síndrome Coronario Agudo en relación con los estilos de vida saludables. El cual se obtuvo mediante un formulario tipo cuestionario y valorado en favorable y desfavorable	<b>Alimentación</b>  <b>Actividad Física</b>  <b>Manejo del estrés</b>  <b>Prevención de Complicaciones</b>	Mantenimiento de peso adecuado Régimen nutricional: Alimentos: calidad, cantidad, frecuencia Consumo de agua- cantidad.  Hábitos nocivos: Consumo de alcohol Consumo de tabaco Actividad física Tipo de actividad, frecuencia. Reposo y sueño Manejo del estrés Actividades de recreación Técnicas de relajación Tratamiento para la hipertensión Tratamiento para la diabetes Control de glicemia Control de colesterol Supresión del consumo del alcohol Supresión del consumo de tabaco	Favorable Desfavorable

## **ANEXO B**



UNMSM-FM-UPG  
PSEE-2014

## **INSTRUMENTO**

### **I. PRESENTACIÓN**

Señor (a) Buenos días/tardes, mi nombre es Eva Elizabeth Cornelio Mauricio, soy enfermera y estudio en la Segunda Especialización de Enfermería Cardiológica en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, que en estos momentos en coordinación con la institución estoy realizando un estudio. Para lo cual se le solicita su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces, expresándole que esta es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su participación.

### **II. INSTRUCCIONES**

Marcar con un aspa según corresponda siendo lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna pregunta.

### **III. DATOS GENERALES**

1. Edad:

2. Sexo:

a) 30 años a 40 años ( )

a) Femenino ( )

b) 41 años a 59 años ( )

b) Masculino ( )

c) 60 años a más ( )

3. Grado de Instrucción:

4. Estado Civil

- |    |            |     |    |             |     |
|----|------------|-----|----|-------------|-----|
| a) | Superior   | ( ) | a) | Casado(a)   | ( ) |
| b) | Secundaria | ( ) | b) | Conviviente | ( ) |
| c) | Primaria   | ( ) | c) | Soltero(a)  | ( ) |
| d) | No estudió | ( ) | d) | Viudo(a)    | ( ) |



#### **IV. DATOS ESPECIFICOS**

**1.- ¿Cuál de los siguientes alimentos aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas?**

- a) Cereales
- b) Huevos
- c) Lácteos
- d) Grasas de origen animal

**2. ¿El alimento que el paciente con problemas cardíacos debe consumir es?**

- a) Verduras
- b) Harinas
- c) Carnes
- d) Frituras

**3. ¿Qué cantidad de agua al día debe consumir una persona con problemas cardíacos?**

- a) Más de 2 litros fuera de las comidas
- b) 2 litros fuera de la comidas
- c) 1 litro fuera de las comidas
- d) Menos de 1 litro al día fuera de las comidas

**4.- ¿Con qué frecuencia debe consumir frutas una persona con problemas cardíacos?**

- a) 4 a 5 porciones diario
- b) 2 veces por semana
- c) 2 veces al mes
- d) 1 vez al mes

**5.- ¿Cuál de las siguientes carnes es la más saludable?**

- a) Res
- b) Carnero
- c) Pescado
- d) Cerdo

**6.-¿Qué tipo de preparación de los alimentos es más saludable?**

- a) Hervidos, a la plancha o al vapor
- b) Fritos y condimentados
- c) A la parrilla, a la brasa
- d) Todos son saludables

**7- Es un efecto que produce el consumo de tabaco (cigarrillos)**

- a) Incrementa la presión arterial
- b) Produce daño en las arterias
- c) Mejora el estado de ánimo
- d) Ayuda a elevar la temperatura corporal

**8.- ¿Con qué frecuencia como mínimo debe realizar actividad física una persona que padece enfermedades cardíacas?**

- a) Cinco veces por semana
- b) Una vez al mes

- c) Una vez cada 15 días
- d) Tres veces por semana

**9.- ¿Qué tipo de ejercicios están contraindicados en la persona con problemas cardíacos?**

- a) Ejercicios de riesgo o extremos (alpinismo, buceo, etc)
- b) Ejercicios aeróbicos
- c) Manejar bicicleta
- d) Nadar

**10.- ¿Cuáles son los beneficios de realizar ejercicios físicos?**

- a) Mejora el funcionamiento del corazón
- b) Aumenta el estrés y ansiedad
- c) Adelanta el envejecimiento
- d) Deteriora las articulaciones y músculos

**11.- ¿Qué tiempo como mínimo es recomendable dedicar diariamente para realizar ejercicios en un paciente con problemas cardíacos?**

- a) 5 minutos
- b) 30 minutos
- c) 1 hora
- d) 3 horas

**12.- ¿Cuántas horas continuas debe dormir una persona con problemas cardíacos para manejar el estrés?**

- a) 4 - 6 horas
- b) 7 - 8 horas
- c) Más de 8 horas
- d) Menos de 4 horas

**13.- ¿Con qué frecuencia como mínimo debe asistir a reuniones sociales?**

- a) Una vez a la semana
- b) Una vez cada 15 días
- c) Una vez al mes
- d) Una vez al año

**14. Señale cuál no es una técnica de relajación**

- a) Realizar actividad física
- b) Pasear y leer
- c) Práctica de Tai chi
- d) Trabajar de lunes a domingo

**15.- Señale las medidas para controlar el estrés**

- a) Realizar actividad física y dormir las horas adecuadas
- b) Evitar salir de casa
- c) Evitar actividades recreativas
- d) Salir a pasear ir al cine, escuchar música

**16.- ¿Qué hábitos son saludables para prevenir complicaciones cardíacas?**

- a) Falta de Actividad
- b) Consumir bebidas alcohólicas con frecuencia
- c) Fumar cigarrillos
- d) Ninguno mencionado es saludable

**17.- ¿Con qué frecuencia como mínimo debe ir al cardiólogo un paciente con problemas cardiacos?**

- a) 1 vez al mes
- b) 1 vez cada 3 meses
- c) 1 vez cada 6 meses
- d) 1 vez al año

**18.- ¿Con qué frecuencia, como mínimo debe controlarse la glucosa (azúcar en sangre) un paciente con problemas cardiacos?**

- a) 1 vez al mes
- b) 1 vez cada 3 meses
- c) 1 vez cada 6 meses
- d) 1 vez al año

**19.- ¿Con qué frecuencia, como mínimo debe controlarse los niveles de colesterol en sangre, un paciente con problemas cardiacos?**

- a) 1 vez al mes
- b) 1 vez cada 3 meses
- c) 1 vez cada 6 meses
- d) 1 vez al año

**20.- ¿Qué medida principal está indicada en la prevención de complicaciones en una persona con enfermedad cardiacas?**

- a) Suprimir el consumo de cigarrillos
- b) Evitar el consumo de bebidas alcohólicas
- c) Mantener un peso adecuado
- d) Todas son medidas preventivas

**21.- ¿Con qué frecuencia consume usted carnes rojas?**

- a) Una vez al mes
- b) Dos veces por semana
- c) Una vez a la semana
- d) Una vez cada dos meses

**22. ¿Con qué frecuencia consume usted verduras?**

- a) Dos veces por semana
- b) Todos los días
- c) Una vez a la semana
- d) Tres veces por semana

**23. - ¿Qué cantidad de agua al día consume usted?**

- a) Más de 8 vasos fuera de las comidas
- b) 8 vasos fuera de las comidas
- c) 4 vasos incluyendo las comidas
- d) 6 vasos incluyendo las comidas

**24.- ¿Con qué frecuencia consume usted frutas?**

- a) 4 a 5 porciones diario
- b) 3 veces por semana
- c) 2 veces al mes
- d) 1 vez al mes

**25.- ¿Qué tipo de carne es la que más consume durante la semana?**

- a) Res
- b) Carnero
- c) Pescado

d) Pollo

**26.- ¿Con qué frecuencia consume usted frituras?**

- a) Tres veces por semana
- b) Una vez a la semana
- c) Una vez al mes
- d) Una vez cada dos meses

**27.- ¿Ha consumido usted cigarrillos en los últimos seis meses?**

- a) Si
- b) No

**28.- ¿Con qué frecuencia usted consume bebidas alcohólicas?**

- a) Todos los días
- b) Tres veces por semana
- c) Sólo en fiestas y ocasiones especiales
- d) No consume

**29.- ¿Con qué frecuencia usted consume pizzas, hamburguesas, salchipapas, pollos broaster, etc?**

- a) Una vez a la semana
- b) Tres veces por semana
- c) Sólo en fiestas y ocasiones especiales
- d) Una vez al mes

**30.- ¿Con qué frecuencia realiza usted actividad física?**

- a) Cinco veces por semana
- b) Una vez al mes
- c) Una vez cada 15 días
- d) Tres veces por semana

**31.- ¿Qué tipo de ejercicios realiza usted usualmente?**

- a) Sólo caminata
- b) Ejercicios aeróbicos
- c) Sale a trotar
- d) No realiza ejercicios de ningún tipo

**32.- ¿Qué tiempo dedica usted diariamente para realizar ejercicios?**

- a) 5 minutos
- b) 30 minutos
- c) 1 hora
- d) 3 horas

**33.- ¿Cuántas horas continuas usted duerme diariamente?**

- a) 4 - 6 horas
- b) 7 - 8 horas
- c) Más de 8 horas
- d) Menos de 4 horas

**34.- ¿Con qué frecuencia usted asiste a reuniones sociales?**

- a) Una vez a la semana
- b) Una vez cada 15 días
- c) Una vez al mes
- d) Una vez al año

**35.- ¿Qué alternativas de relajación es la que usted más utiliza?**

- a) Realizar actividad física
- b) Paseos

c) Practica de Tai chi y otras actividades similares

d) No practica ninguna

**36.-¿ Qué medidas para controlar el estrés practica usted?**

a) Realizar actividades recreativas

b) Realizar actividad física

c) Salir a pasear ( al cine , de compras,etc)

d) Ninguna de las mencionadas

**37.- ¿Cuántas veces ha acudido usted al cardiólogo en los últimos seis meses?**

a) 1 vez

b) 2 veces

c) 3 veces

d) Ninguna vez

**38.- Cuántas veces se ha controlado la glucosa (azúcar en sangre) en los últimos seis meses?**

a) 1 vez

b) 2 veces

c) 3 veces

d) Ninguna vez

**39.- ¿Cuántas veces se ha controlado el colesterol en sangre, en los últimos seis meses?**

a) 1 vez

b) 2 veces

c) 3 veces

d) Ninguna vez

**40.- ¿Con qué frecuencia se controla la presión arterial?**

a) Una vez a la semana

b) Una vez a la quincena

c) Una vez al mes

d) No se controla con frecuencia

**GRACIAS POR SU PARTICIPACION**

## **ANEXO C**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada "CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO HOSPITALIZADOS EN LA UCICOR HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA.2014"

Habiendo sido informado (a) de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de investigación en mención, además confío que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurando máxima confidencialidad, me comprometo en participar en la investigación.

-----

FIRMA

DNI:

## ANEXO D

### TABLA DE CONCORDANCIA - PRUEBA BINOMIAL JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	NUMERO DE JUECES								Puntaje
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	0	1	1	1	0.035

**Favorable = 1 (SI)**

**Desfavorable = 0 (NO)**

Si  $p < 0.05$  la concordancia es **SIGNIFICATIVA**

## ANEXO E

### TABLA DE CÓDIGOS

#### DATOS GENERALES

EDAD	CÓDIGO
30 a 40años	0
41 a 59 años	1
60 a más	2
SEXO	CODIGO
Masculino	0
Femenino	1
GRADO DE INSTRUCCIÓN	CODIGO
No estudio	0
Primaria	1
Secundaria	2
Superior	3
ESTADO CIVIL	CODIGO
Soltero	0
Conviviente	1
Casado	2
Viudo	3

#### DATOS ESPECÍFICOS

PREGUNTA	RESPUESTA CORRECTA(1)	RESPUESTA INCORRECTA (0)
1	D	A,B,C
2	A	B,C,D
3	B	A,C,D
4	A	B,C,D
5	C	A,B,D,
6	A	B,C,D
7	A,B	C,D,
8	D	A,B,C
9	A	B,C,D
10	A	B,C,D
11	B	A,C,D
12	B	A,C,D
13	C	A,B,D
14	D	A,B,C
15	A,D	B,C



16	D	A,B,C
PREGUNTA	RESPUESTA CORRECTA(1)	RESPUESTA INCORRECTA (0)
17	B	A,C,D
18	B	A,C,D
19	B	A,C,D
20	A	B,C,D
21	A	B,C,D
22	B	A,C,D
23	B	A,C,D
24	A	B,C,D
25	C	A,B,D
26	D	A,B,C
27	B	A,C,D
28	D	A,B,C
29	C	A,B,D
30	A	B,C,D
31	A,B,C	D
32	B	A,C,D
33	B	A,C,D
34	C	A,B,D
35	A,B,C	D
36	A,B,C	D
37	A,B,C	D
38	A,B,C	D
39	A,B,C	D
40	A	B,C,D

ANEXO F  
TABLA MATRIZ DE DATOS

N°	DATOS GENERALES				DATOS ESPECÍFICOS																									
					CONOCIMIENTOS																									
					ALIMENTACIÓN							Sub Total	ACTIVIDAD FÍSICA				Sub Total	MANEJO DEL ESTRÉS					Sub Total	PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES					Sub Total	TOTAL "C"
													8	9	10	11		12	13	14	15	16		17	18	19	20			
1	1	0	2	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	7			
2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	3	7			
3	1	0	3	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	2	1	0	0	0	0	1	1	6			
4	0	1	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4			
5	2	0	2	2	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	2	0	0	1	1	1	3	10			
6	1	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2			
7	2	0	3	3	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	0	0	0	2	14			
8	1	0	1	2	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	0	1	1	0	1	2	11			
9	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	1	1	1	4			
10	2	0	2	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	2	7				
11	1	0	3	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	4	0	0	0	1	0	1	10				
12	1	1	2	2	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	6				
13	2	0	3	3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	3	1	0	0	0	1	2	7				
14	0	0	2	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1	0	2	8				
15	1	1	3	2	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	9				
16	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	5				
17	1	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	2	6				
18	1	1	2	2	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1	7				
19	2	0	3	3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	3	0	1	0	0	0	1	8				
20	1	1	2	2	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2	7				

DATOS GENERALES				DATOS ESPECÍFICOS																										
N°	S				PRÁCTICAS																									
					ALIMENTACIÓN				Sub Total	ACTIVIDAD FÍSICA			Sub Total	MANEJO DEL ESTRÉS				Sub Total	PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES				Sub Total	TOTAL "p"						
										30	31	32		33	34	35	36		37	38	39	40								
1	1	2	3	4	21	22	23	24	25	26	27	28	29	2	0	1	1	2	0	1	0	1	2	1	0	0	0	1	7	
2	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
3	1	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	3	0	0	0	0	0	4	
4	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	
5	2	0	2	2	1	0	1	0	0	1	0	1	0	4	1	0	1	2	0	1	1	0	2	0	0	0	1	1	9	
6	1	1	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	3	
7	2	0	3	3	0	0	0	1	1	0	1	0	1	4	1	0	0	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	0	9	
8	1	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	2	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	6	
9	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
10	2	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3	
11	1	0	3	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	3	0	1	0	1	1	0	1	1	3	0	1	0	0	1	8	
12	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
13	2	0	3	3	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3	1	1	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	6	
14	0	0	2	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	5	0	0	1	1	1	0	1	0	2	0	0	1	0	1	9	
15	1	1	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4	
16	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	
17	1	0	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	
18	1	1	2	2	0	1	1	1	0	0	1	1	0	5	1	1	1	3	0	0	1	0	1	0	1	0	1	2	11	
19	2	0	3	3	0	0	1	0	1	0	0	0	1	3	0	0	1	1	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	6	
20	1	1	2	2	0	1	0	1	0	0	1	0	0	3	0	1	0	1	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	6	

## ANEXO G VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez además de solicitar la opinión de los jueces expertos, se aplicó la fórmula R de Pearson a cada uno de los ítems, obteniéndose:

$$r = \frac{N\sum xy - \sum x \cdot \sum y}{\sqrt{N\sum x^2 - (\sum x)^2} \cdot \sqrt{N\sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

Donde:

x: Puntajes obtenidos para cada pregunta en los N individuos.

y: Puntaje total del individuo.

Item 1:	r = 0.25
Item 2:	r = 0.40
Item 3:	r = 0.22
Item 4:	r = 0.31
Item 5:	r = 0.25
Item 6:	r = 0.27
Item 7:	r = 0.31
Item 8:	r = 0.44
Item 9:	r = 0.21
Item 10:	r = 0.30
Item 11:	r = 0.37
Item 12:	r = 0.36
Item 13:	r = 0.28

Item 14:	$r = 0.47$
Item 15:	$r = 0.28$
Item 16:	$r = 0.25$
Item 17:	$r = 0.09(^*)$
Item 18:	$r = 0.21$
Item 19:	$r = 0.31$
Item 20	$r = - 0.1(^*)$
Item 21	$r = 0.20$
Item 22	$r = 0.44$
Item 23:	$r = 0.66$
Item 24:	$r = 0.29$
Item 25:	$r = 0.21$
Item 26:	$r = 0.32$
Item 27:	$r = 0.51$
Item 28	$r = 0.59$
Item 29	$r = 0.22$
Item 30	$r = 0.33$
Item 31	$r = 0.52$
Item 32	$r = 0.50$
Item 33:	$r = 0.23$
Item 34:	$r = 0.43$
Item 35:	$r = 0.57$
Item 36:	$r = 0.35$

Item 37:  $r = -0.3(^*)$

Item 38  $r = 0.47$

Item 39  $r = 0.29$

Item 40  $r = 0.53$

Si  $r \geq 0.20$ , el instrumento es válido; por lo tanto este instrumento es **VÁLIDO** en cada uno de los ítems, excepto para el ítem 17 y 37(\*).

## ANEXO H

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar la Prueba Estadística Kuder Richardson.

$$K-R = \left( \frac{k}{K-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum p.q}{Sx^2} \right)$$

Donde:

k : N° de preguntas o items.

Sx<sup>2</sup> : Varianza de la prueba.

p : Proporción de éxito, proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio.

q : Proporción donde no se identifica al atributo.

Remplazando:

$$K-R = \frac{37}{36} \left( 1 - \frac{7.45}{18.57} \right)$$

$$K-R = (1.02) (0.75)$$

$$\mathbf{K-R = 0.612}$$

Para que exista confiabilidad  $K-R \geq 0.5$ , por lo tanto este instrumento es **CONFIABLE**.

## ANEXO I

### MEDICION DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO

Para clasificar el conocimiento de pacientes con síndrome coronario agudo sobre estilos de vida saludables en 2 categorías: conoce y no conoce se utilizó el promedio.

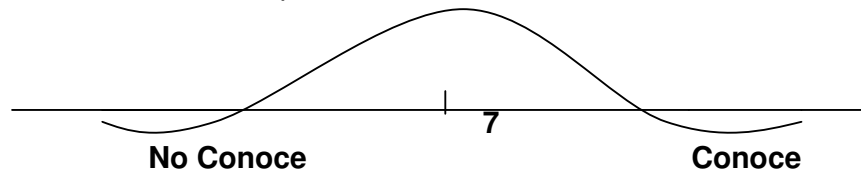
1. Se determinó el promedio  $\bar{x}$

$$\bar{x} = 7,4$$

Puntaje:

Conoce : .Más de 7 puntos

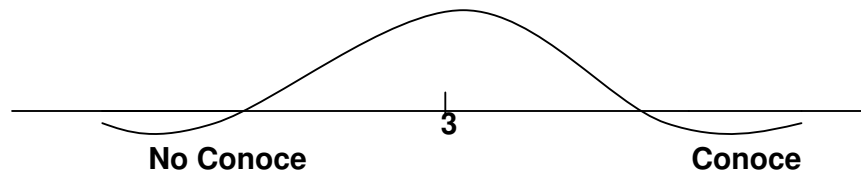
No conoce: De 0 a 7 puntos



### Dimensión Alimentación

Se determinó el promedio  $\bar{x}$

$$\bar{x} = 2.5$$



Puntaje:

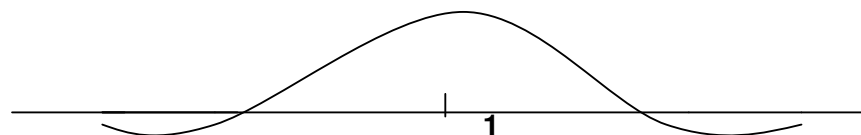
Conoce : .Más de 3 puntos

No conoce: De 0 a 3 puntos

### Dimensión Actividad Física

Se determinó el promedio  $\bar{x}$

$$\bar{x} = 1.45$$





**No Conoce**

**Conoce**

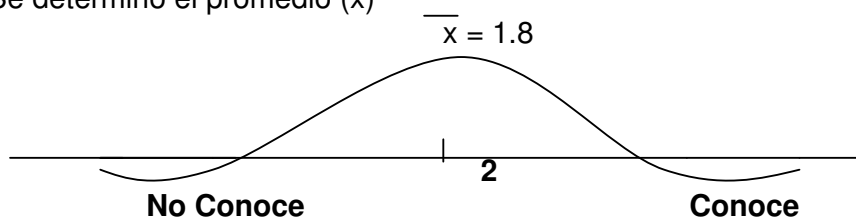
Puntaje:

Conoce : .Más de 1 puntos

No conoce: De 0 a 1 puntos

### **Dimensión Manejo del estrés**

Se determinó el promedio  $\bar{x}$



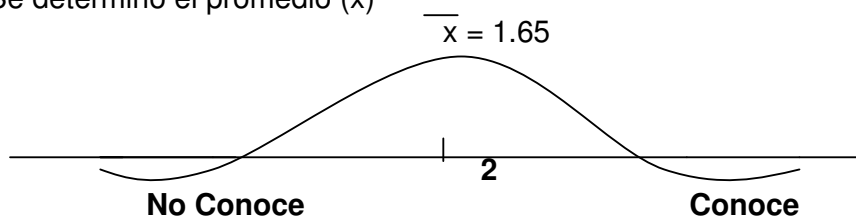
Puntaje:

Conoce : .Más de 2 puntos

No conoce: De 0 a 2 puntos

### **Dimensión Prevención de complicaciones**

Se determinó el promedio  $\bar{x}$



Puntaje:

Conoce : .Más de 2 puntos

No conoce: De 0 a 2 puntos

## MEDICION DE LA VARIABLE PRÁCTICA

Para clasificar la práctica de pacientes con síndrome coronario agudo sobre estilos de vida saludables en 2 categorías: favorable y desfavorable se utilizó el promedio.

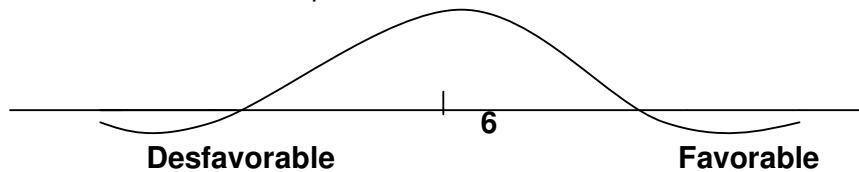
1. Se determinó el promedio ( $\bar{x}$ )

$$\bar{x} = 6$$

Puntaje:

Favorable: .Más de 6 puntos

Desfavorable: De 0 a 6 puntos



### Dimensión Alimentación

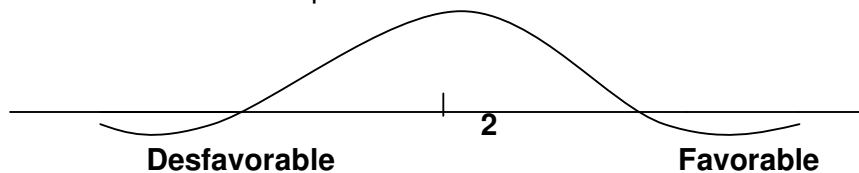
Se determinó el promedio ( $\bar{x}$ )

$$\bar{x} = 2.3$$

Puntaje:

Favorable: .Más de 2 puntos

Desfavorable: De 0 a 2 puntos



### Dimensión Actividad Física

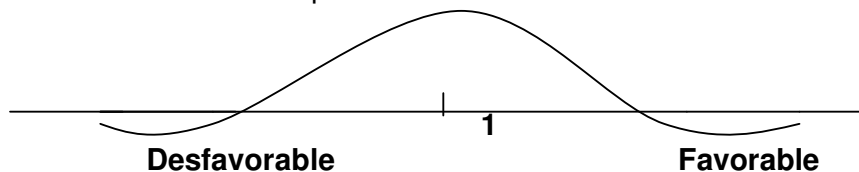
Se determinó el promedio ( $\bar{x}$ )

$$\bar{x} = 1$$

Puntaje:

Favorable: .Más de 1 punto

Desfavorable: De 0 a 1 punto



### Dimensión Manejo del estrés

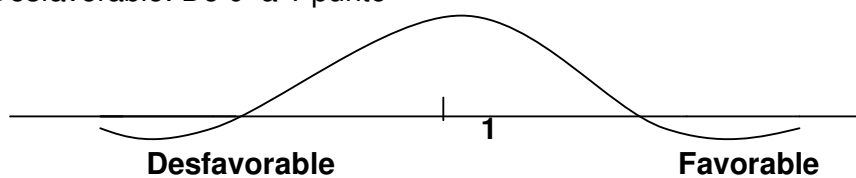
Se determinó el promedio  $\bar{x}$  (x)

$$\bar{x} = 1.45$$

Puntaje:

Favorable: .Más de 1 punto

Desfavorable: De 0 a 1 punto



### Dimensión Prevención de complicaciones

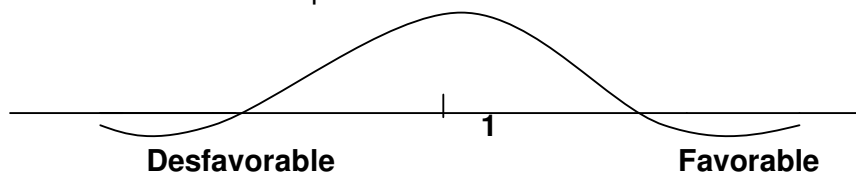
Se determinó el promedio  $\bar{x}$  (x)

$$\bar{x} = 0.6$$

Puntaje:

Favorable: .Más de 1 punto

Desfavorable: De 0 a 1 punto



**ANEXO J**

**DATOS GENERALES DE PACIENTES CON SINDROME  
CORONARIO AGUDO HOSPITALIZADOS EN LA  
UCICOR DEL HOSPITAL NACIONAL  
ARZOBISPO LOAYZA.  
LIMA – PERÚ  
2014**

<b>DATOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b>		
30 a 40años	3	15
41 a 59 años	12	60
60 a más	5	25
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
<b>SEXO</b>		
Masculino	12	60
Femenino	8	40
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
Sin instrucción	0	0
Primaria	3	15
Secundaria	11	55
Superior	6	30
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltera(o)	2	10
Conviviente	8	40
Casada(o)	7	35
Viuda(o)	3	15
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

*Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR del HNAL. 2014.*

**ANEXO K**

**CONOCIMIENTO SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, SEGÚN ÍTEMS, EN PACIENTES CON SÍNDROME  
CORONARIO AGUDO HOSPITALIZADOS EN LA UCICOR .HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA**

**LIMA PERÚ**

**2014**

DIMENSIÓN	ITEMS	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
		%	Nº	%	Nº	%	Nº
ALIMENTACIÓN	1.-Alimento aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas	35	7	65	13	100	20
	2. Alimentos se prioriza en un paciente con problemas cardíacos	45	9	55	11	100	20
	3. - Cantidad de agua que debe consumir en el día	25	5	75	15	100	20
	4.- Frecuencia en el consumo de frutas	30	6	70	14	100	20
	5.- Tipo de carne saludable	35	7	65	13	100	20
	6.- Tipo de preparación de alimentos saludable	50	10	50	10	100	20
	7- Efecto que produce el consumo de tabaco	30	6	70	14	100	20
	8.- Frecuencia mínima de actividad física	25	5	75	15	100	20
	9.- Ejercicios contraindicados	45	9	55	11	100	20
	10.- Beneficios de realizar ejercicios físicos	40	8	60	12	100	20
	11.- Tiempo mínimo para realizar ejercicios	35	7	65	13	100	20
	12.- Horas continuas de sueño	45	9	55	11	100	20
ACTIVIDAD FÍSICA							
DEPORTE							

	13.-Frecuencia de asistencia a reuniones sociales	45	9	55	11	100	20
	14. Señale cuál no es una técnica de relajación	45	9	55	11	100	20
	15.-Medidas para controlar el estrés	45	9	55	11	100	20
MANEJO DE COMPLICACIONES	16- Hábitos saludables para prevenir complicaciones cardíacas	35	7	65	13	100	20
	17.- Frecuencia mínima de control cardiológico	30	6	70	14	100	20
	18.- Frecuencia mínima para el control de glucosa	30	6	70	14	100	20
	19.- Frecuencia mínima para el control del colesterol en sangre	25	5	75	15	100	20
	20.- Medida principal indicada en la prevención de complicaciones cardíacas	30	6	70	14	100	20

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR del HNAL. 2014.

## ANEXO L

### PRÁCTICAS SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, SEGÚN ÍTEMS, EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO HOSPITALIZADOS EN LA UCICOR .HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA PERÚ 2014

DIMENSIÓN	ITEMS	FAVORABLE		DESFAVORABLE		TOTAL	
		%	Nº	%	Nº	%	Nº
ALIMENTACIÓN	21.- Frecuencia de consumo de carnes rojas	20	4	80	16	100	20
	22.- Frecuencia de consumo de verduras	25	5	75	15	100	20
	23.- Cantidad de agua que consume al día	20	4	80	16	100	20
	24.- Frecuencia de consumo de frutas	25	5	75	15	100	20
	25.- Tipo de carne que más consume durante la semana	30	6	70	14	100	20
	26.- ¿Con qué frecuencia consume usted frituras?	20	4	80	16	100	20
	27.- Consumo de cigarrillos en los últimos 6 meses	20	4	80	16	100	20
	28.- Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	30	6	70	14	100	20
	29.- Frecuencia de consumo de pizzas, hamburguesas, salchipapas, pollos broaster, etc	25	5	75	15	100	20

<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	30.- Frecuencia que realiza usted actividad física	35	7	65	13	100	20
	31.- Tipo de ejercicios realiza usualmente	30	6	70	14	100	20
	32.- Tiempo que dedica diariamente para realizar ejercicios	35	7	65	13	100	20
	33.- Horas de sueño diario	35	7	65	13	100	20
<b>MANEJO DEL ESTRÉS</b>	34.- Frecuencia que asiste a reuniones sociales	20	4	80	16	100	20
	35.- Alternativas de relajación es la que más utiliza	45	9	55	11	100	20
	36.- Medidas para controlar el estrés	45	9	55	11	100	20
	37.-Número de veces que acudió al cardiólogo en los últimos seis meses	5	1	95	19	100	20
<b>MANEJO DE COMPLICACIONES</b>	38.- Número de veces que se controló la glucosa en los últimos seis meses	10	2	90	18	100	20
	39.- Número de veces se controló el colesterol en sangre, en los últimos seis meses?	5	1	95	19	100	20
	40.- Frecuencia que controla la presión arterial	10	2	90	18	100	20

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en la UCICOR del HNAL. 2014.



